

Einstellungen zu chronisch psychisch Kranken und psychiatrischen Themen

Vergleich zwischen Allgemeinpraktikern und der Bevölkerung der deutschen Schweiz

Abhandlung zur Erlangung der Doktorwürde der
Philosophischen Fakultät I der Universität Zürich

Vorgelegt von

Josef Helbling

Von

Jona SG

Angenommen auf Antrag von

Herrn Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Wulf Rössler

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Sektor West und Zentrale Sozialpsychiatrische Dienste

Betreut durch

Dr. phil. Vladeta Ajdacic-Gross

Universität Zürich, März 2005

Zusammenfassung

Hintergrund und Zielsetzungen: Die öffentliche Einstellung gegenüber psychisch Kranken, gemeindepsychiatrischen Projekten und der Pharmakotherapie ist von Vorurteilen, negativen Einstellungen und Informationsdefiziten geprägt. Allgemeinpraktiker sind als „gate keeper“ und Meinungsführer Schlüsselpersonen im Bereich der psychiatrischen Versorgung. Ziel der vorliegenden Arbeit war es, die Einstellungen der Allgemeinpraktiker zu psychisch Kranken, gemeindepsychiatrischen Konzepten und der Pharmakotherapie zu erheben und mit den Einstellungen der Gesamtbevölkerung zu vergleichen.

Methode: In einer repräsentativen Stichprobe von Allgemeinpraktikern der deutschsprachigen Schweiz (N=100) wurden die Einstellungen in den genannten Einstellungsbereichen mittels standardisierten Telefoninterviews erhoben. Diese Daten wurden mit den Daten einer Stichprobe aus der Gesamtbevölkerung (N=791) mittels bivariater und multivariater Verfahren verglichen.

Resultate: In den untersuchten Einstellungsbereichen bestehen grosse Unterschiede zwischen den Einstellungen der Allgemeinpraktiker und der Gesamtbevölkerung. Die Einstellungen der Hausärzte erweisen sich im Vergleich zur Gesamtbevölkerung insgesamt als akzeptierender und weniger von Vorurteilen geprägt. *Gemeindepsychiatrische Einrichtungen* werden von der überwiegenden Mehrheit der Hausärzte begrüsst. Dabei werden Vorurteile bezüglich Gefahren, die von solchen Einrichtungen ausgehen, klarer abgelehnt und die Integration in Wohngebiete eindeutiger befürwortet als in der Gesamtbevölkerung. Stellenwert und Bedeutung der *Psychopharmakotherapie* werden von den Allgemeinpraktikern hoch eingeschätzt. Das Verhältnis von Kosten und Nutzen wird von ihnen sehr viel positiver gesehen als von der Gesamtbevölkerung. Ebenfalls sehr ausgeprägte Unterschiede zeigen sich in der Frage, wie lange bestimmte *Nebenwirkungen* zugunsten der intendierten Hauptwirkungen in Kauf genommen werden sollten. Die Akzeptanz von oft als „leichter“ apostrophierten Nebenwirkungen (beispielsweise unangenehme Mundtrockenheit oder starkes Schwitzen) wies dabei die grössten Unterschiede auf. Weiter zeigt sich bei den Hausärzten, ähnlich wie in der Gesamtbevölkerung, das Muster einer mit zunehmendem Intimitätsgrad sich vergrössernden *sozialen Distanz*. Die Kontaktbereitschaft der Hausärzte ist aber in allen untersuchten sozialen Situationen signifikant höher als jene der Gesamtbevölkerung.

Schlussfolgerungen: Die Allgemeinpraktiker sollten sich über die diskrepanten Laienmeinungen zu Psychopharmaka und Nebenwirkungen bewusst sein und aus diesem Wissen heraus im ärztlichen Gespräch mit Betroffenen und Angehörigen geduldig und adressatengerecht auf deren Bedenken und generalisierten Vorurteile eingehen. Die

meinungsbildende Rolle der Hausärzte im Bereich psychiatrischer Themen wird allgemein eher überschätzt. Das Potential der Allgemeinpraktiker, als „opinion leaders“ die öffentliche Meinung mitzugestalten, ist nicht ausgeschöpft.

DANK

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen bedanken, die mich bei diesem Projekt begleitet, beraten, unterstützt und gefördert haben und so dessen Verwirklichung ermöglichten.

Herrn Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Wulf Rössler danke ich für die Möglichkeit, dieses Thema im Rahmen der vielfältigen Forschungsarbeiten an der psychiatrischen Universitätsklinik zu übernehmen, für die sehr hilfreichen Ideen am Anfang und die stetige Begleitung des Projekts bis zum Abschluss.

Herrn Dr. phil. Vladeta Ajdacic-Gross sei für die Gesamtbetreuung und seinen vielfältigen Input in methodischer und stilistischer Hinsicht mein herzlicher Dank ausgesprochen. Er hat sich immer wieder die Zeit genommen, schwierige Passagen der Arbeit mit mir durchzugehen und mit Geduld und Genauigkeit mögliche Lösungswege für Probleme aufzuzeigen. In meinen Dank einschliessen möchte ich Herrn Dr. med. Christoph Lauber, der mich in feinfühligster Art auf inhaltliche Fehler aufmerksam gemacht und wertvolle Ideen zum vertieften Verständnis der Ergebnisse beigetragen hat. Für ihre Unterstützung beim Verfassen des Exposés danke ich Herrn Dr. phil. Adrian Eichenberger und Herrn lic. phil. Luis Falcato. Speziell dankend sei Dr. phil. Carlos Nordt erwähnt, der mir durch seine anschaulichen Erklärungen über sinnvolles statistisches Vorgehen über einen toten Punkt bei der Auswertung der Daten hinweghalf.

Die Grundvoraussetzung der vorliegenden Arbeit war die Bereitschaft der befragten Allgemeinpraktiker, sich im oft übervollen Praxisalltag Zeit zu nehmen für das Interview. Mein grosser Dank dafür gilt allen, die teilgenommen haben, auch für die inspirierende Vielfalt und Tiefe der jeweiligen Kontakte.

Meiner Lebenspartnerin Ruth Weyermann und meinen Freunden danke ich für den Freiraum, die liebevolle Geduld im Alltag und die unterstützende Atmosphäre.

Inhaltsverzeichnis

Abstract

Dank

1	EINLEITUNG	8
2	THEORETISCHER HINTERGRUND.....	15
2.1	Einstellungsforschung.....	15
2.1.1	Einstellungskonzepte	15
2.1.2	Einstellungen und Verhalten	17
2.1.3	Einstellungsänderung	18
2.1.4	Einstellungsforschung im Bereich der Psychiatrie.....	20
2.2	Einstellungen zu psychisch Kranken, Gemeindepsychiatrie und Psychopharmaka.....	21
2.2.1	Einstellung zu gemeindepsychiatrischen Anliegen.....	22
2.2.2	Einstellung zu Psychopharmaka	23
2.2.3	Einstellung zu Sanktionen.....	26
2.2.4	Akzeptanz von Nebenwirkungen	28
2.2.5	Soziale Distanz.....	29
2.2.6	Geheimhaltung und Tabuisierung	31
2.2.7	Confounder-Variablen	33
3	FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN.....	37
3.1	Erhebung der Einstellungen der Allgemeinpraktiker	37
3.2	Vergleich der erhobenen Einstellungen mit denen der Gesamtbevölkerung.....	37
3.3	Hypothesen	38
4	METHODE	39
4.1	Erhebungsinstrument	39
4.1.1	Ausgangslage	39
4.1.2	Verwendetes Erhebungsinstrument.....	41
4.2	Population und Stichproben	46
4.2.1	Allgemeinpraktiker	46

4.2.2	Gesamtbevölkerung	48
4.3	Durchführung der Befragung	48
4.4	Datenaufbereitung	49
4.4.1	Codierung.....	49
4.4.2	Skalenbildung	50
4.5	Datenauswertung	52
4.5.1	Deskriptive univariate Statistik	52
4.5.2	Vergleichende bivariate Untersuchungen	52
4.5.3	Multivariate Regressionsberechnungen	53
5	ERGEBNISSE.....	54
5.1	Einstellungen der Allgemeinpraktiker	54
5.1.1	Einstellung zur Gemeindepsychiatrie	54
5.1.2	Einstellung zu Psychopharmaka	55
5.1.3	Akzeptanz negativer Sanktionen.....	56
5.1.4	Soziale Distanz.....	56
5.1.5	Akzeptanz von Nebenwirkungen	57
5.1.6	Tabuisierung	58
5.1.7	Einschätzung der Öffentlichkeit.....	59
5.1.8	Bivariate Analyse mit Confounder-Variablen.....	60
5.2	Ergebnisse zum Vergleich zwischen Gesamtbevölkerung und Allgemein-praktikern	61
5.2.1	Überprüfung der Einstellungsunterschiede bezüglich Gemeindepsychiatrie	61
5.2.2	Überprüfung der Einstellungsunterschiede bezüglich Psychopharmaka.....	62
5.2.3	Überprüfung der Unterschiede bei der Akzeptanz von Zwangsmassnahmen	64
5.2.4	Überprüfung der Unterschiede in sozialer Distanz	64
5.2.5	Überprüfung der Unterschiede bei der Einschätzung von Nebenwirkungen	66
5.2.6	Überprüfung der Unterschiede bei der Tabuisierung	67
5.2.7	Ergebnisse zum Einfluss der Variablen Bildung und Alter auf die gefundenen Unterschiede	67
5.3	Ergebnisse der Regressionsberechnungen	69
5.3.1	Skalenscore „Positive Einstellungen zur Gemeindepsychiatrie“	69
5.3.2	Skalenscore „Positive Einstellungen zu Psychopharmaka“	69
5.3.3	Skalenscore „Soziale Distanz“	69
5.3.4	Skalenscore „Akzeptanz von Nebenwirkungen“	70
6	DISKUSSION.....	71

6.1	Kritische Betrachtung der Methoden.....	71
6.1.1	Datenerhebungstechnik und Erhebungsinstrument	71
6.2	Diskussion der Befunde	72
6.2.1	Akzeptanz gemeindepsychiatrischer Einrichtungen	72
6.2.2	Einstellungen zu Psychopharmaka.....	73
6.2.3	Einstellung zu Sanktionen.....	75
6.2.4	Akzeptanz von Nebenwirkungen	77
6.2.5	Soziale Distanz.....	79
6.2.6	Geheimhaltung und Tabuisierung	80
6.2.7	Einschätzung der Öffentlichkeit.....	81
6.2.8	Confounder-Variablen	82
6.2.9	Einfluss von Bildung, Alter und berufsspezifischen Faktoren auf die Unterschiede zwischen Allgemeinpraktikern und Gesamtbevölkerung	85
6.3	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	88
7	AUSBLICK.....	91
8	LITERATURVERZEICHNIS	93

1 Einleitung

Die psychiatrische Versorgung in Europa war bis in die Siebzigerjahre des letzten Jahrhunderts geprägt von der Tendenz, psychisch Kranke in grossen Nervenheilstätten von der übrigen Gesellschaft isoliert zu verwahren. Die therapeutischen Möglichkeiten waren aus heutiger Sicht beurteilt sehr beschränkt, und die Therapie- und Krankheitsmodelle orientierten sich weitgehend an der zerebralen Pathologie und dem individuellen biographisch-psychologischen Hintergrund und vernachlässigten den grossen Einfluss kultureller Bedingungen und vor allem die Bedeutung des Bezugs zur sozialen Umwelt. Die entstehende Sozialpsychiatrie hat sozialwissenschaftliche Erkenntnisse auf Theorie und Praxis der Psychiatrie angewendet und beschäftigte sich mit „der Wirkung der sozialen Umwelt auf Ätiologie und Behandlung anormalen Verhaltens“ (Redlich & Fredmann, 1974, S. 1127). Hierzu gehören Widmer (1983, S. 8) zufolge „...die Familien-, Gruppen- und Gemeindeforschung, die Untersuchungen der transkulturellen Psychiatrie, die epidemiologischen Untersuchungen, sowie auch die Erforschung von Vorurteilen und Einstellungen gegenüber psychischen Störungen und deren Behandlung.“

Reaktionen auf die verheerenden, in der vielzitierten deutschen Enquete über die Lage der Psychiatrie in der BRD (1973) gar als menschenunwürdig bezeichneten Zustände in der praktischen Psychiatrie und die beschriebene vermehrte Beachtung der Wichtigkeit des sozialen Umfelds mündeten in das Konzept einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung im Rahmen des bio-psycho-sozialen Therapieansatzes. Ausgehend von Modellen in den USA und in skandinavischen Ländern hat sich dieses Konzept in den letzten 25 Jahren im europäischen Raum zunehmend verbreitet. (vgl. Grausgruber, Hofmann, Schöny & Zapotczy, 1989). Es ist gekennzeichnet durch eine Dezentralisierung der psychiatrischen Behandlung, ambulante Behandlungsmöglichkeiten, frühere Entlassungen sowie durch Einrichtungen wie psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, Tages- und Nachtkliniken, Beratungsstellen, Kriseninterventionszentren, Wohnheime, Rehabilitationszentren und geschützte Werkstätten. Nicht mehr die Verwahrung der Patienten – und damit auch ihr Ausschluss aus dem gesellschaftlichen Leben – steht im Zentrum der psychiatrischen Behandlung, sondern der Erhalt ihrer gesellschaftlichen Rollen und Funktionen möglichst auch während der Behandlung und die Wiedereingliederung in die Gesellschaft.

Eine der im Zusammenhang der vorliegenden Arbeit wichtigen Auswirkungen der zunehmenden Verbreitung der Gemeindepsychiatrie ist demzufolge das vermehrte Sichtbarwerden psychisch Kranker im Alltag der gesunden Bevölkerung. Es finden häufiger Begegnungen

zwischen psychisch Kranken einerseits und der übrigen Bevölkerung statt, was auch zu einer Erhöhung der Anzahl potentiell konfliktiver Situationen führt. Damit rückt die grosse Bedeutung der Einstellungen und Vorurteile der Gesamtbevölkerung gegenüber psychisch Kranken und der Psychiatrie ins Blickfeld. Rössler & Salize (1995, S. 59) stellen fest, dass die Verwirklichung von gemeindenahen psychiatrischen Versorgungseinrichtungen oft am Widerstand der Bevölkerung scheitert, der begründet ist in negativen Einstellungen gegenüber psychisch kranken Menschen und psychiatrischen Einrichtungen. Sie gelangen zur Schlussfolgerung, dass das Gelingen oder Scheitern gemeindenaher Projekte eng an die Einstellungen der Bevölkerung geknüpft ist. Auch Deger-Erlenmaier (1999) bezeichnet es als eines der größten Versäumnisse der Sozialpsychiatrie und Gemeindepsychiatrie, diese Vorurteile maßlos unterschätzt zu haben und in aller Regel die Gemeinde auf ein Leben mit psychisch kranken Menschen nicht vorbereitet zu haben.

Rössler & Salize (1995) führen dazu aus:

Mit der stetig wachsenden Bedeutung der gemeindenahen Versorgung psychisch Kranker wird die Bevölkerung im Alltag viel häufiger und intensiver mit psychisch Kranken konfrontiert als zu Zeiten der kustodial orientierten Versorgung in den abseits der Städte gelegenen grossen psychiatrischen Anstalten. Die Veränderung der traditionellen Einstellungen der Bevölkerung gegenüber den Kranken wie auch gegenüber den Institutionen, die diese versorgen, hält jedoch bei weitem nicht Schritt mit der Geschwindigkeit von Enthospitalisierungen und Psychiatriereformen. Die Lücke, die sich hier auftut, stellt eine grosse Herausforderung für die Verantwortlichen in der psychiatrischen Versorgung dar. Die wachsende Zahl der Studien, die die Haltungen und Einstellungen der Bevölkerung zu psychisch Kranken und deren Versorgung zum Gegenstand haben, zeigt die Bedeutung der Probleme, die hier erwachsen sind (S. 58).

Einerseits kann also angenommen werden, dass die Veränderung der traditionell negativen Einstellungen nicht mit dem Tempo der Psychiatriereformen mitgehalten hat, andererseits wird argumentiert (Rabkin, 1974), dass die latent sowieso immer vorhandenen Vorurteile sozusagen reaktiviert und verschärft werden durch das erwähnte vermehrte Sichtbarwerden psychisch Kranker in der Öffentlichkeit. Finzen (2001a, S. 90) zufolge „....kann kein Zweifel daran bestehen, dass die neue Psychiatrie verständliche Bedürfnisse der Allgemeinheit nach Sicherheit und Schutz vor Belästigung weniger gut befriedigt als die klassische Verwahropsychiatrie. Eine offene Psychiatrie, die die individuellen Freiheitsrechte der Betroffenen berücksichtigt, nimmt unliebsame Zwischenfälle in Kauf.“

Dazu kommt, dass die Behandlung mit Psychopharmaka – zweifellos eine der Grundlagen, die viele der genannten Reformbestrebungen erst ermöglichten – in der Öffentlichkeit einen schlechten Ruf hat. Finzen (2001b) schreibt:

Psychopharmaka sind ungeliebte Medikamente. Ihr Bild in der Öffentlichkeit ist negativ. Sie sind Medikamente im Widerstreit (Benkert u. a. 1995). In der Bevölkerung herrscht die Grundüberzeugung vor, dass Psychopharmaka auch bei schweren psychischen Störungen eher vermieden werden sollten. (...) Wer Psychopharmaka verordnet, muss sich bewusst sein, dass er gegen die öffentliche Meinung handelt (S. 14).

Die öffentliche Einstellung gegenüber psychisch Kranken, gemeindepsychiatrischen Projekten und der Pharmakotherapie ist von Vorurteilen, negativen Einstellungen und Informationsdefiziten geprägt (Angermeyer, 1991; Jaeckel & Wieser, 1970; Rössler, 1998; Star, 1955), was verschiedene negative Auswirkungen befürchten lässt:

- Auswirkungen auf die Zeit, die verstreicht, bis bei psychischen Erkrankungen eine adäquate Diagnose gestellt wird und angemessene Behandlungsmethoden angewendet werden können (vgl. Gleiss, Seidel & Abholz, 1973);
- Auswirkungen auf die Compliance bei der Behandlung sowie die Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und betreuenden Fachpersonen (vgl. Angermeyer & Siara, 1994a/1994b; Barnas, Hummer & Fleischhacker, 1998; Finzen, 2001b);
- die Integration wird erschwert, beispielsweise durch die praktische Unmöglichkeit, eine Arbeit oder eine Wohnung zu finden (vgl. Tröster, 1990);
- der Aufbau einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung wird behindert, beispielsweise durch die Ablehnung von Bauvorhaben, Kürzung von Krediten usw. (vgl. Angermeyer, Matschinger & Holzinger, 1999; Solomon & Davis, 1984);
- präventive Massnahmen werden weniger akzeptiert und sind dadurch in ihrer Wirksamkeit eingeschränkt (vgl. Lehmann, 2004).

Negative Einstellungen gegenüber chronisch psychisch Kranken und der Therapie mit Psychopharmaka sowie ablehnende Haltungen und Proteste gegen gemeindepsychiatrische Einrichtungen lassen sich wie erwähnt durch eine grosse Zahl von Studien und Medienberichten belegen. Einschränkend ist jedoch festzuhalten, dass nicht alle negativen Bewertungen der psychiatrischen Versorgung auf Vorurteilen beruhen, sondern manchmal auch auf durchaus objektivierbare negative Erfahrungen zurückzuführen sind. Bemühungen um die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung dürfen daher nicht vernachlässigt werden und sind unabdingbar verbunden mit Veränderungen der Einstellung in der Bevölkerung (Arboleda-Florez, 2003; Rössler, 1998).

Von der Verbesserung der psychiatrischen Versorgung abgesehen gibt es weitere mögliche Faktoren, die geeignet sein könnten, vorurteilsfreiere Einstellungen der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken zu fördern. Persönliche Kontakte mit psychisch Kranken können

dazu beitragen (Corrigan, 2004; Meise, Sulzenbacher & Hinterhuber, 2001), Informationsvermittlung wird häufig als geeignetes Mittel aufgeführt (Hoffmann-Richter, 2003), und vielfach wird der Einbezug von Meinungsführern oder so genannten Schlüsselpersonen angeregt (Meise & Günther, 1995; Rössler & Salize, 1995). Der Begriff der Schlüsselpersonen wird in der Literatur nicht einheitlich verwendet. Am weitesten fasst Finzen (1975, S. 304) den Begriff und führt aus, bei gemeindenaher Orientierung der Psychiatrie werde „in letzter Konsequenz jedes Mitglied der gesunden Umwelt des Kranken zur Schlüsselperson, das aufgrund seiner beruflichen oder sozialen Stellung zum Patienten oder zu den psychiatrischen Diensten Anteil hat an der Prävention, der Erkennung der Krankheit, der Zuweisung in die Behandlung, der Unterstützung während des Behandlungsablaufs oder bei Wiedereingliederung und Nachsorge.“

Grausgruber (1989) fasst den Begriff enger und wendet ihn vor allem auf Berufsgruppen an, die mitwirken bei der Definition auffälligen Verhaltens als psychisch krank, bei der Rehabilitation und Wiedereingliederung von psychisch Kranken einen besonderen Stellenwert haben und als Vertrauenspersonen oder Meinungsführer eine Vorbildfunktion in Fragen der Einstellung zu psychisch Kranken und deren Versorgung einnehmen. Als eine solche Gruppe von Schlüsselpersonen oder Meinungsführern werden häufig die Allgemeinpraktiker genannt. Bei seelischen Problemen ist der Allgemeinarzt mit grossem Abstand vor dem Psychiater meist der Therapeut erster Wahl (vgl. Bröer & Elgeti, 1982) und somit die wichtigste Anlaufstelle. Damit wird er zu einem „gate keeper“ (vgl. Meise & Günther, 1995, S.161), der diese Patienten entweder selber behandelt oder sie an eine Fachperson oder eine Institution weiterverweist. Auch Finzen (1975, S.315) betont die Rolle der Allgemeinpraktiker als gate keeper und ihre Bedeutung für die Qualität der psychiatrischen Versorgung und hält fest, „dass nur die flexible Zusammenarbeit zwischen Allgemeinpraktikern und psychiatrischen Diensten Früherkennung, Frühbehandlung, Frühentlassung, wirksame soziale Wiedereingliederung und Nachsorge psychischer Kranker gewährleistet“. Allgemeinpraktiker oder Hausärzte haben in ihren Praxen eine hohe Quote von Patienten, die als psychisch behandlungsbedürftig angesehen werden müssen. Zintl-Wiegand & Cooper (1979) ermittelten in einer epidemiologischen Untersuchung, dass 16% der Klientel von Allgemeinpraktikern psychisch krank waren. Die Hausärzte spielen nicht nur bei der Kontaktnahme eine herausragende Rolle bei der psychiatrischen Versorgung, sie übernehmen oft auch die Behandlung psychischer Krankheiten selber, ohne die Patienten weiterzuverweisen (Zintl-Wiegand, Cooper & Krumm (1980). Wimmer (1996, S.75) zufolge versuchten fast die Hälfte der befragten Ärzte, die psychischen Probleme ihrer Patienten erst einmal selber zu behandeln und zogen erst bei Misserfolg dieser Bemühungen einen Psychiater bei. In Deutschland wird durch die Allgemeinpraktiker sowohl zeitlich als auch kostenmässig ein ebenso hoher Teil Anteil an der

psychiatrischen Versorgung erbracht wie durch die Psychiater (Bauer, Kunze, Cranach, Fritze & Becker, 2001).

Meise & Günther (1995, S. 158) schreiben den Ärzten eine „Vorbildfunktion in Fragen der Einstellung zu psychisch Kranken und deren Versorgung“ zu, weil Ärzte von vielen Menschen als Vertrauenspersonen wahrgenommen werden und ihnen eine grosse Kompetenz in psychiatrischen Fragen eingeräumt wird. Damit ist die Funktion der Allgemeinpraktiker als Meinungsführer angesprochen. Meise, Hafner & Hinterhuber (1991) führen zur Bedeutung der Ärzte als mögliche opinion leader folgendes aus:

„...und vor allem auch Ärzte können, da sie an der öffentlichen Meinungsbildung beteiligt sind, grossen Einfluss auf die Behandlung von psychisch Kranken und Behinderten sowie den Aufbau von gemeindenahen psychiatrischen Versorgungsstrukturen haben. Öffentlichkeitsarbeit im Bereich der Psychiatrie sollte daher auch an den möglicherweise negativen Einstellungen und falschen Verhaltensweisen dieser Schlüsselpersonen gegenüber psychisch Kranken oder psychiatrischen Institutionen ansetzen (S. 185).

Rössler (1998) schätzt die Bedeutung der Ärzte in diesem Bereich ähnlich ein und nimmt an, dass die Einstellungen der Ärzte einen hohen Multiplikatoreffekt in der Allgemeinbevölkerung haben dürften. Auch Brechbühler (2003) unterstreicht die hohe Bedeutung des Hausarztes, und zwar aus der Sicht von Angehörigen psychisch Kranker:

80% der Angehörigen und 57% der Allgemeinbevölkerung empfehlen bei psychischer Krankheit grundsätzlich einen Besuch beim Hausarzt. 47.5% der Angehörigen und 41% der Allgemeinbevölkerung nennen den Hausarzt als ersten Behandlungsrat. Der Hausarzt geniesst also gerade als erste Instanz bei psychischer Krankheit grosses Vertrauen. Patienten und Angehörige sind gerade am Anfang einer Erkrankung verunsichert und hilflos. Wenn der Hausarzt bereits seit Jahren ihr Vertrauen geniesst, kann möglicherweise seine Haltung der Krankheit und einer möglichen Behandlung gegenüber die Einstellung der Angehörigen und des Patienten im weiteren Verlauf prägen (S. 112).

Die Rolle der Hausärzte als Meinungsmacher und Schlüsselpersonen in Bezug auf Einstellungen der Bevölkerung zu psychiatrischen Themen wird in der Literatur also immer wieder erwähnt. Einschränkend muss dazu bemerkt werden, dass empirische Untersuchungen weitgehend fehlen, ob und in welchem Ausmass Hausärzte diese ihnen oft zugeschriebene Funktion wirklich wahrnehmen.

Ob die Allgemeinpraktiker diese in sie gesetzten Hoffnungen erfüllen können oder nicht, muss in zukünftigen Projekten erforscht werden. Wie hoch auch immer die Möglichkeiten der Allgemeinpraktiker eingeschätzt werden, bei der Beeinflussung der Bevölkerung in Richtung

tolerantere und verständnisvollere Einstellungen gegenüber psychisch Kranken mitzuhelfen, ein erster Schritt liegt jedenfalls darin, die Einstellungen der Ärzte zu diesen Themen möglichst detailliert zu kennen. Des Weiteren sind das Ausmass und die Richtung von eventuellen Unterschieden dieser Einstellungen zu denen der Gesamtbevölkerung von Interesse.

In der Schweiz gibt es bis anhin keine repräsentativen Untersuchungen darüber, welche Einstellungen gegenüber chronisch psychisch Kranken, Psychopharmaka und gemeindepsychiatrischen Einrichtungen die Angehörigen dieser für die psychiatrische Versorgung der Bevölkerung zentralen Berufsgruppe aufweisen. Hier setzt die vorliegende Befragung an, indem bei einer repräsentativen Stichprobe von Allgemeinpraktikern im deutschsprachigen Teil der Schweiz diese Einstellungen in vollstandardisierten Telefoninterviews erhoben werden. Weiter sollen die Einstellungen der Allgemeinpraktiker mit denjenigen der Gesamtbevölkerung verglichen werden. Hierzu fehlte bis anhin eine entsprechende breite Untersuchung der Einstellungen der Schweizer Bevölkerung, die als Vergleichsbasis hätte dienen können. Diese Lücke wurde im Rahmen eines Nationalfondsprojekts von L. Falcato und W. Rössler (Falcato & Rössler, 1999) in der Forschungsgruppe Sozialpsychiatrie der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich geschlossen, so dass geeignete Vergleichsdaten zur Verfügung stehen. Befragt wurde anlässlich dieses Nationalfondprojekts eine repräsentative Stichprobe von 1737 zufällig ausgewählten Personen. Ergebnisse zu dieser Befragung finden sich bei Lauber, Falcato & Rössler, 2000a; Lauber, Nordt, Sartorius, Falcato, & Rössler, 2000b; Lauber, Nordt, Falcato & Rössler, 2002; sowie bei Nordt, Falcato, Lauber & Rössler, 2002. Von den Befragten waren 791 in der Deutschschweiz wohnhaft. Die Einstellungen dieses Segments der Bevölkerung sind die Basis für den Vergleich mit den Einstellungen der Allgemeinpraktiker. Damit war ein idealer Ausgangspunkt gegeben für die zentralen Anliegen der vorliegenden Arbeit, die wie erwähnt in der Erhebung der beschriebenen Einstellungen der Allgemeinpraktiker im deutschsprachigen Teil der Schweiz sowie dem Vergleich dieser Einstellungen mit denjenigen der Gesamtbevölkerung in diesem Landesteil bestehen.

Einleitend wurde der breitere Hintergrund der Studie beschrieben und die Relevanz der Erforschung von Einstellungen zu psychisch Kranken und gemeindepsychiatrischen Konzepten skizziert. Ebenfalls wurde die Bedeutung der Allgemeinpraktiker als Zielgruppe der Befragung hervorgehoben. Im folgenden Kapitel 2 wird der theoretische Hintergrund der Arbeit dargestellt. Nach einer Übersicht über Einstellungsforschung und wichtige Konzepte dieses Forschungsgebietes werden Forschungsergebnisse referiert zu den Bereichen Einstellungen zur Gemeindepsychiatrie, Einstellungen zur Psychopharmakatherapie und Nebenwirkungen von Psychopharmaka sowie Einstellungen zu psychisch Kranken. Kapitel 3 führt die Fragestellungen und Hypothesen auf, die durch die Untersuchung geklärt werden sollen. Die Dar-

stellung des Erhebungsinstruments, die Stichprobenbeschreibungen sowie die Beschreibung von Durchführung und Auswertung der Befragung sind Gegenstand von Kapitel 4. In Kapitel 5 sind die Ergebnisse wiedergegeben, einerseits die Einstellungen der Allgemeinpraktiker in den verschiedenen Einstellungsbereichen, andererseits die Resultate des Vergleichs dieser Einstellungen mit denjenigen der Gesamtbevölkerung in der deutschsprachigen Schweiz. Den Abschluss der Arbeit bilden Diskussion (Kap. 6) und Ausblick (Kap. 7).

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Einstellungsforschung

2.1.1 Einstellungskonzepte

Einstellungen sind gedankliche Konstrukte, die nicht direkt beobachtbar sind, sondern erschlossen werden müssen. Dies kann beispielsweise geschehen durch die Interpretation verbaler Äusserungen über das Einstellungsobjekt oder indem das beobachtbare Verhalten gegenüber dem Einstellungsobjekt ausgewertet wird (Tröster, 1990). Antonak & Livneh (1988) schätzen, dass es etwa 500 verschiedene publizierte Definitionen von Einstellung (attitude) gibt. Unterschiedliche Definitionen setzen verschiedene Schwerpunkte (Stapf, 1982). Als gemeinsamer Nenner kann mit Grausgruber et al. (1989, S. 12) festgehalten werden, „dass unter Einstellungen gegenüber sozialen Objekten, Personen, Gruppen, Ereignissen oder Problemen eine bestimmte dauerhafte Überzeugung, Meinung und eine bestimmte Reaktions- und Handlungsbereitschaft verstanden werden kann“. Während diese Definition vor allem auf die beiden Komponenten Meinungen und Verhaltensdispositionen fokussiert, unterscheiden Rosenberg & Hovland (1960) in ihrem Dreikomponentenmodell affektive, kognitive und konative Komponenten der Einstellung. Das Dreikomponentenmodell kann auf Einstellungen im Bereich der Psychiatrie folgendermassen angewendet werden:

- a) Bei Einstellungen zu chronisch psychisch Kranken und der Psychiatrie umfasst die affektive Einstellungskomponente die gefühlsmässigen Reaktionen, die durch psychisch Kranke hervorgerufen werden, beinhaltet also alle positiven und negativen Gefühle, die ein Einstellungssubjekt psychisch Kranken entgegenbringt.
- b) An diesem Beispiel weiter illustriert, sind unter der kognitiven Komponente der Einstellung Vorstellungen, Gedanken, Mutmassungen und Überzeugungen über psychiatrische Themen oder Eigenschaften psychisch Kranker zu verstehen.
- c) Die konative Einstellungskomponente schliesslich zeigt sich in den Verhaltensintentionen gegenüber psychisch Kranken, also in der Wahrscheinlichkeit, mit der eine Person annimmt, dass sie ein bestimmtes Verhalten zeigen wird.

Im Rahmen des Dreikomponentenmodells der Einstellung werden weiter auch Annahmen über die Beziehung der drei Einstellungskomponenten zueinander gemacht. Die drei Komponenten sollen in der Regel in einer konsistenten Beziehung zueinander stehen oder wenigstens zu einer Konsistenz tendieren (vgl. Rosenberg, 1968). Nach diesem Postulat wäre beispielsweise zu erwarten, dass jemand, der psychisch Kranken im allgemeinen positive Gefühle entgegenbringt (affektive Komponente) über sie auch positive Vorstellungen und

Überzeugungen hat (kognitive Komponente) und sich in seinem Verhalten ausserdem bestrebt zeigt, psychisch Kranke zu unterstützen (konative Komponente).

Aufgrund dieser Annahme einer konsistenten Beziehung zwischen affektiven, kognitiven und konativen Komponenten von Einstellungen wird auch davon ausgegangen, dass die Veränderung einer Komponente die Änderung der beiden anderen nach sich ziehen kann. Eine positive Veränderung der affektiven Einstellungskomponente durch einen persönlichen Kontakt mit einem psychisch Kranken würde beispielsweise dazu führen, dass die Meinungen und Ansichten über psychisch Kranke (kognitive Einstellungskomponente) generell vorteilhafter werden.

Zwar ist diese Theorie sehr anschaulich und erinnert an das psychologische Alltagskonzept der Einheitlichkeit von Denken, Fühlen und Handeln, die trennscharfe Abgrenzung und Unterscheidung der drei Komponenten aber hat sich bis anhin als nicht überzeugend operationalisierbar herausgestellt. Die meisten Untersuchungen verzichten deshalb darauf, die drei Einstellungskonzepte klar abgetrennt zu erfassen und behandeln, sondern sehen Einstellungen wie Fishbein (1979) als relativ eindimensionales Konzept, das die gelernte, affektiv-evaluative Beurteilung von Einstellungsobjekten beinhaltet. „Die eindimensionale Sicht der Einstellung impliziert nun nicht, dass Kognition und Konation ausser Acht gelassen werden sollten (Fishbein, 1979, S. 152).“ Daher kann die pragmatische Forderung vertreten werden, Einstellungsuntersuchungen nicht einseitig auf nur einen Bereich zu beschränken. Auch Myers (1990, S. 90) sieht die Wichtigkeit von Einstellungsforschung im Einfluss der Einstellungen auf Gedanken, Gefühle und Verhalten. Damit können sowohl die Erhebung von Gedanken und Gefühlen als auch Handlungsbereitschaften Gegenstand von Einstellungsuntersuchungen sein (vgl. Meise et al., 2001). Im Zusammenhang mit Einstellungen zu psychisch Kranken werden die Begriffe Vorurteil und Stigma häufig verwendet. Auf den Begriff des Stigmas wird im Kapitel 2.1.4. näher eingegangen. Vorurteile können als Einstellungen beschrieben werden, deren Objekte Aussengruppen oder – als Spezialfall von Aussengruppen – Minoritäten sind. (vgl. Herkner, 1991, S. 493). Die kognitive Komponente von Vorurteilen, also das subjektive Wissen und die Meinungen über eine Aussengruppe, deren Mitgliedern aufgrund von Übergeneralisierung gleiche Merkmale zugeordnet werden, wird als Stereotyp bezeichnet. Vorurteile und Stereotypen gelten als erstaunlich homogen und stabil und deshalb auch als schwer veränderbar (Möller-Leimkühler, 2004; Herkner, 1991)

Zusammenfassend ausgedrückt werden Einstellungen als Disposition verstanden, jeweils in bestimmter Weise auf ein Einstellungsobjekt zu reagieren. Kognition, Affekt und Verhalten sind die „systemhaft verbundenen Ebenen“ (Meise et al., 2001, S. 76), in denen die Reaktion sich entfalten kann (Ajzen, 1985; Davis & Ostrom, 1984).

2.1.2 Einstellungen und Verhalten

Die Wichtigkeit der Frage des Bezugs von Einstellungen zu Verhalten ist unbestritten. Nicht zuletzt wegen des postulierten Zusammenhangs zwischen Einstellung und Verhalten erlangte die Einstellungsforschung in verschiedenen Bereichen grosse Bedeutung. Widmer (1983, S. 156) hat in seiner Dissertation Publikationen zur Einstellungsforschung im Bereich der Psychiatrie daraufhin durchgesehen, wie die Relevanz begründet wird. In über zwei Drittel der Arbeiten, die überhaupt auf die Frage der Relevanz eingehen, wird darauf hingewiesen, dass die Einstellungen der Öffentlichkeit einen grossen Einfluss auf die Akzeptanz und Realisierbarkeit von gemeindepsychiatrischen Anliegen haben. Auch neuere Arbeiten folgen meist dieser Argumentation. Rössler (1998) zufolge ist die Schätzung durchaus realistisch, wonach rund die Hälfte aller geplanten Versorgungseinrichtungen dem Bürgerprotest zum Opfer fallen.

Die Annahme einer Konsistenz von Einstellungen und Verhalten ist anhand von Alltagsbeispielen nachvollziehbar. Ein begeisterter Fan von Rockmusik beispielsweise wird vorhersagbar mehr Rockkonzerte besuchen und Rock-CD's kaufen als jemand, der diese Musikart als organisierten Lärm abtut. Neben einstellungskonsistentem Verhalten ist im Alltag jedoch auch einstellungsdiskrepantes Verhalten beobachtbar. Wenn beispielsweise Menschen nach ihren Einstellungen zum Umweltschutz gefragt werden, antworten sie zu einem grossen Teil umweltbewusst und zeigen sich bereit, einen Beitrag zur Lösung von Umweltproblemen zu leisten. Das tatsächliche Umweltverhalten steht jedoch häufig im Widerspruch zu diesen Einstellungen, was sich im geringen Zusammenhang zwischen geäußerten Umwelteinstellungen einerseits und ausgeübtem Umweltverhalten andererseits spiegelt (Kuckartz, 1998). Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen ebenfalls wenig konsistente Resultate, was Benninghaus (1976) wie folgt zusammenfasst:

Die Ergebnisse dieser Untersuchungen zeigen, insgesamt betrachtet, dass die verbalen Reaktionen und die overtten Verhaltensweisen der Individuen nur selten in einer starken, positiven Beziehung zueinander stehen, d.h. die verbalen Einstellungen können, wenn überhaupt, zur Erklärung eines nur geringen Teils der Varianz des manifesten Verhaltens herangezogen werden. (S. 257)

Diese Einschätzung wird von wichtigen Autoren auch im Bereich der Einstellungen zu psychisch Kranken und der Psychiatrie bestätigt (Ajzen & Fishbein, 1977; Six, & Schäfer, 1985; Wicker, 1969). Von Wicker (1969) stammt die Einschätzung, dass der durchschnittlich gefundene Zusammenhang etwa $r = .30$ beträgt, die gemeinsame Varianz also bei 10% liegt. In einer Metaanalyse aller erhältlichen 396 Untersuchungen fanden Eckes & Six (1994) eine

messfehlerkorrigierte Korrelation von $r = .49$, also gut 24% gemeinsame Varianz, was sie dahingehend kommentierten, dass dieses Resultat besser als bei Wicker (1969), aber noch nicht gut genug sei. Die Verbesserung der Untersuchungsergebnisse ist wahrscheinlich mindestens zum Teil darauf zurückzuführen, dass in neuerer Zeit der Forschungsgegenstand komplexer – und dadurch angemessener – konzeptualisiert wurde, also mehrere Faktoren des multifaktoriellen Zusammenhangs berücksichtigt wurden. Stahlberg & Frey (1992) fassen zentrale Variablen des Zusammenhangs zwischen Einstellungen und Verhalten zusammen:

Als zentrale Variablen erweisen sich dabei die Korrespondenz der Messebenen (der Grad der Spezifizierung der Einstellungs- und Verhaltensmessung), die Struktur der Einstellung (ihre affektiv-kognitive Konsistenz), das Ausmass persönlicher Erfahrungen mit dem Einstellungsobjekt, soziale Normen (Theorie des überlegten Verhaltens von Fishbein und Ajzen (1975) sowie verschiedene Persönlichkeitsmerkmale der handelnden Personen (S. 149).

2.1.3 Einstellungsänderung

Das Ziel, vorhandene Einstellungen in einer gewünschten Richtung zu verändern, in der Hoffnung, damit auch Verhaltensänderungen zu unterstützen, ist einer der Hauptgründe für den Einsatz von Einstellungsuntersuchungen. Bei den Versuchen, Einstellungen zu verändern, werden im Wesentlichen 3 Prinzipien angewendet (Ströbe & Jonas 1992):

1. anreizinduzierte Verhaltensänderungen mit Auswirkungen auf die Einstellungen;
2. Einstellungsänderung infolge direkter Erfahrung mit dem Einstellungsobjekt;
3. Einstellungsänderung aufgrund sozial vermittelter Erfahrung.

ad 1) Bei anreizinduzierten Verhaltensänderungen wird angenommen, dass diese mit der Änderung der Meinung über die Konsequenzen dieses Verhaltens sowie mit der Änderung der Einstellungen zur Ausführung dieses Verhaltens zusammenhängen (Fishbein & Ajzen, 1981).

ad 2) Zur Erklärung beobachteter Änderungen der Einstellungen nach direkten Erfahrungen mit dem Einstellungsobjekt werden der Informationsgewinn aus solchen Interaktionen sowie die Wirkung des Erfahrungskontextes über Prozesse des klassischen Konditionierens angeführt.

ad 3) Die Abgrenzung zu sozial vermittelter Erfahrung ist problematisch, da auch unmittelbare Erfahrungen in gewisser Weise von sozialer Konstruktion abhängen (Averill, 1982). Einstellungsänderungen aufgrund sozial vermittelter Erfahrung lassen sich durch Modelllernen und persuasive Kommunikationen verstehen.

Im Zusammenhang mit einer möglichen Rolle der Allgemeinpraktiker als Meinungsführer

interessieren hier vor allem die Erkenntnisse zur persuasiven Kommunikation, was auch mit dem in Deutsch etwas belasteten Wort Überredung umschrieben wird. Ein Einstellungswandel mittels persuasiver Kommunikation wird von McGuire (1985) als vollständig angesehen, wenn er – in dieser Reihenfolge – folgende 5 Schritte durchläuft:

1. Aufmerksamkeit
2. Verstehen des Inhalts der Botschaft
3. Akzeptierung der Argumente und Ändern der Einstellung
4. Beibehalten der geänderten Einstellung
5. Verhalten entsprechend der geänderten Einstellung.

Ob die Akzeptanz einer einstellungskonträren Botschaft so abläuft oder nicht hängt neben motivationalen und kognitiven Faktoren auch von Eigenschaften des Kommunikators ab. Unter diesen sind Glaubwürdigkeit (Petty & Cacioppo, 1981), Expertenwissen (Chaiken, 1980) und Vertrauenswürdigkeit hervorzuheben. Ein Kommunikator einstellungskonträrer Botschaften, also beispielsweise ein Hausarzt, der in einem Praxisgespräch einen gegen psychiatrische Behandlung eingestellten Patienten vom Nutzen eines Klinikaufenthalts überzeugen will, sollte demnach in diesem Gespräch dem Gegenüber vertrauenswürdig scheinen und sein Fachwissen glaubhaft vermitteln können.

Die bisher aufgeführten Überlegungen und Befunde zur Einstellungsänderung haben ihren Fokus hauptsächlich auf der Ebene von Individuen. Auf einer mehr kollektiven Ebene darf die Rolle der Öffentlichkeitsarbeit bei der Formung und Gestaltung von Einstellungen nicht ausser Acht gelassen werden (Ruhl, 2003). Mit Öffentlichkeitsarbeit sind “alle geplanten Maßnahmen und Veranstaltungen zur Schaffung einer Atmosphäre von Einverständnis und Vertrauen” (Lang & Haurert, 1995, S.32) gemeint. Pamperin (1999) formuliert Unterschiede der Öffentlichkeitsarbeit im sozialen Bereich zur reinen Lobbyarbeit und zitiert dabei Lehner (1998):

“Öffentlichkeitsarbeit will den sozialen und politischen Handlungsspielraum einer sozialen Organisation / eines Projekts im Prozess öffentlicher Meinungsbildung schaffen und sichern. Ihre Aufgabe besteht darin, deren Identität, Zielsetzungen und Interessen, Tätigkeiten und Verhaltensweisen nach außen zu vermitteln bzw. transparent zu machen. Sie realisiert sich im Regelkreis von Meinungsbildung, Einstellungs- und Verhaltensänderung oder -bestätigung, in der Steuerung und Gestaltung des Informationsflusses einer Organisation. (S. 7)

Pamperin (1999) argumentiert so, dass negative Einstellungen und Vorurteile psychisch Kranken gegenüber zu allen Zeiten verbreitet waren und sich kaum von selbst verändern werden und plädiert dafür, die Bedeutung der Öffentlichkeitsarbeit bei Bemühungen um die Veränderung dieser Einstellungen nicht zu unterschätzen.

2.1.4 Einstellungsforschung im Bereich der Psychiatrie

Nach dem zweiten Weltkrieg wurde in den USA mit der Umsetzung gemeindepsychiatrischer Konzepte begonnen. Dies führte parallel dazu zu einem intensiven Interesse an Einstellungsforschung im Bereich der Psychiatrie. Dabei stand die ablehnende Haltung der Bevölkerung psychisch Kranken gegenüber und der Wissenstand der Öffentlichkeit bezüglich psychischer Krankheit und psychiatrischer Behandlungsmöglichkeiten im Mittelpunkt des Forschungsinteresses, was durch eine Vielzahl an Untersuchungen zu belegen ist, die bis etwa 1970 vorwiegend aus Amerika stammen (Cumming & Cumming, 1957; Freeman & Kassebaum, 1960; Jaeckel & Wieser, 1970; Nunnally, 1961; Star, 1955;).

Goffman (1963) gebrauchte den Begriff des Stigma im Zusammenhang mit den negativen Einstellungen und den Vorurteilen, die psychisch Kranken entgegengebracht werden:

“The Greeks (...) originated the term stigma to refer to bodily signs designed to expose something unusual and bad about the moral status of the signifier. The signs were cut or burnt into the body and advertised that the bearer was (...) a blemished person, ritually polluted, to be avoided, especially in public places (S.9)”

Er erweitert dabei den Begriff, wendet ihn nicht nur auf körperlich sichtbare Zeichen an, sondern unterscheidet mögliche Stigmata in drei Kategorien, nämlich physische Entstellungen, individuelle Charakterfehler und phylogenetische Merkmale. Dabei betont er in seiner klassisch gewordenen Arbeit die Perspektive der Betroffenen. Diese Aspekte, also die konkreten Erfahrungen der Stigmatisierung wegen einer psychischer Krankheit und die Strategien der Verarbeitung im Umgang mit den Folgen dieser Stigmatisierung gewannen aber in der Forschung Angermeyer (2003, S. 359) zufolge erst im letzten Jahrzehnt an Bedeutung:

„Den Anstoss dazu lieferte zum einen die Weiterentwicklung der Labelingtheorie durch den amerikanischen Soziologen Bruce Link, der die Bedeutung der Selbststigmatisierung für den Stigmaprozess herausarbeitete. Link zufolge spielt die von den Betroffenen antizipierte Stigmatisierung dabei eine zentrale Rolle. Durch die von ihm formulierte „Modified Labeling Theory“ wurde eine ganze Serie von Studien angestoßen. Daneben dürfte ebenfalls von Bedeutung gewesen sein, dass im Rahmen der in jüngster Zeit initiierten Antistigmaprogramme (...) den Erfahrungen der von Stigma unmittelbar Betroffenen starke Aufmerksamkeit geschenkt wird.“

Studien auf diesem Gebiet erforschten hauptsächlich

- a) die konkreten Stigmatisierungserfahrungen der Betroffenen (Link, Struening, Rahav, Phelan & Nuttbrock, 1997; Wahl, 1999);
- b) welche abwertenden und diffamierenden Reaktionen der Umwelt von den Betroffenen antizipiert werden (Holzinger, Beck, Munk, Weithaas & Angermeyer, 2003; Link,

Cullen, Struening, Shrout & Dohrenwend, 1989);

- c) Stigmacoping, also welche Strategien für den Umgang mit dem Stigma angewendet werden (Camp, Finlay & Lyons, 2002; Link et al., 1989; Nüesch, 2002).

Angermeyer (2003) gibt eine Übersicht über die Ergebnisse dieser Studien und gelangt zur Schlussfolgerung, dass sich Bemühungen um eine Reduzierung der Stigmatisierung psychisch Kranker nicht auf objektiv bestehende Diskriminierungen beschränken dürfen, sondern auch die subjektive Wahrnehmung und Erfahrung der Betroffenen berücksichtigt werden muss.

Als wichtige Forschungsgebiete neben dieser Perspektive wurden bis jetzt einerseits die Stigmatisierung aus der Sicht von Betroffenen, andererseits Wissensstand, Einstellungen und Diskriminierungstendenzen der Öffentlichkeit sowie von Angehörigen psychisch Kranker aufgeführt. Von grosser Bedeutung sind auch die Einstellungen all jener, die im Bereich der psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung tätig sind. Die Erforschung von Einstellungen verschiedener Berufsgruppen im Bereich der psychiatrischen Versorgung der Bevölkerung hat sich in den letzten 15 Jahren intensiviert (Grausgruber et al., 1989; Jorm, Korten, Jacomb, Christensen & Henderson, 1999; Meise & Günther, 1995). In allen genannten Forschungsbereichen ist auch ein zunehmendes Interesse daran festzustellen, inwiefern Untersuchungsergebnisse kulturabhängig sind (Angermeyer, Buyantugs, Kenzine & Matschinger 2004; Kurihara, Kato, Sakamoto, Reverger & Kitomuro, 2000; Rosen 2003), was auch in der wachsenden Zahl von Publikationen ausserhalb des amerikanisch-europäischen Raums zum Ausdruck kommt. Corrigan (2004) bestätigt die Notwendigkeit kulturübergreifender Untersuchungen:

“Much of the research thus far has been completed on Western samples; as such, it is biased by Western perceptions of psychology and society. Gaining a more complete understanding of the effects of stigma requires broadening stigma research into the international arena.” (p. 403).

Zu einem vertieften Verständnis der Effekte von Stigmatisierung ist Forschung in allen hier kurz skizzierten Bereichen also unerlässlich. Wie einleitend begründet, hat sich die vorliegende Arbeit die Aufgabe gestellt, Einstellungen von Allgemeinpraktikern in der deutschsprachigen Schweiz zu erheben und mit jenen der Gesamtbevölkerung zu vergleichen. Im folgenden Kapitel werden die beforschten Einstellungsbereiche vorgestellt, ihre Relevanz begründet und bisherige Untersuchungsergebnisse referiert.

2.2 Einstellungen zu psychisch Kranken, Gemeindepsychiatrie und Psychopharmaka

Im Folgenden werden der theoretische Hintergrund und der Forschungsstand jener Teilge-

bierte aufgeführt, die für diese Arbeit speziell relevant sind. Konkret wird, wie im Methodenteil detailliert beschrieben, bei der Einstellung zu gemeindopsychiatrischen Anliegen die Beurteilung des Wahrheitsgehalts verschiedener akzeptierend oder ablehnend formulierter Aussagen erfragt. Bezüglich Psychopharmaka interessieren eine in verschiedene Items gefasste Beurteilung von Nutzen und Gefahrenpotential sowie die Einstellung bezüglich der Akzeptanz spezifisch beschriebener Nebenwirkungen. Die Akzeptanz von Nebenwirkungen wird mit Bezugnahme auf einen konkreten, in einer Vignette dargebotenen Fall von Schizophrenie erhoben. Bei den Einstellungen zu psychisch Kranken schliesslich wird ohne Fallbezug die Einschätzung von Sanktionen wie Zwangseinweisung oder Fahrausweisentzug erhoben. Weiter werden die soziale Distanz zu dem geschilderten Fall von Schizophrenie sowie die Tendenz zur Geheimhaltung der beschriebenen Symptomatik gemessen.

2.2.1 Einstellung zu gemeindopsychiatrischen Anliegen

Stationen für die ambulante Betreuung psychisch Kranker im Quartier, Wohnheime, betreute Wohnmöglichkeiten, berufliche Rehabilitationszentren, geschützte Werkstätten: alle diese gemeindopsychiatrisch orientierten Einrichtungen sind ohne genügende Akzeptanz in der jeweiligen Umgebung nicht zu verwirklichen. Bauvorhaben brauchen die entsprechenden Bewilligungen, Vermieter müssen bereit sein, Wohnungen für diese Bedürfnisse zur Verfügung zu stellen, Arbeitsmöglichkeiten für psychisch Kranke müssen im oft hart umkämpften Arbeitsmarkt gefunden werden. Bei den Bemühungen um die Verwirklichung gemeindenaher Konzepte psychiatrischer Versorgung auf dieser sehr konkreten Ebene können sich Diskriminierungstendenzen, Vorurteile und negative Einstellungen gegenüber psychisch Kranken verzögernd oder verhindernd auswirken.

Beispiele dafür sind in Literatur zahlreich zu finden. Stellvertretend sei Kissling (2000) zitiert, der einige Beispiele solcher Zusammenhänge aufzeigt. Er beschreibt, dass er Zeuge wurde,

... wie eine Betroffeneninitiative mehrere Jahre lang erfolglos versuchte, betreute Wohnungen für psychisch Kranke auf einem dafür kostenlos zur Verfügung gestellten Grundstück am Starnberger See einzurichten. Nachdem es ihr mühsam gelungen war, den zähen Widerstand der zuständigen Gemeindeverwaltung zu überwinden, scheiterte sie letztlich am Widerstand der – z. T. nicht einmal direkten Nachbarn. Die wohlhabenden Bewohner dieser Gegend (...) gründeten extra eine Bürgerinitiative und versuchten z. T. mit absurden Behauptungen und Strategien zu verhindern, dass psychisch Kranke in ihrer Nähe einziehen. (...) Wenn man die weit mehr als fünfzig Zeitungsberichte über diese Affäre und die Pamphlete der Bürgerinitiative liest, begreift man, wie aktuell auch hier und heute das Problem der Stigmatisierung noch ist. (S. 313)

Baron & Piasecki (1981) schätzen aufgrund nordamerikanischer Untersuchungen, dass über

die Hälfte aller geplanten Versorgungseinrichtungen dem Bürgerprotest zum Opfer fallen. Eine neuere Erhebung der Einstellungen zu gemeindepsychiatrischen Einrichtungen in der ehemaligen DDR (Angermeyer et al., 1999) berichtet als hauptsächliches Ergebnis, dass die Bevölkerung überwiegend negativ auf die Vorstellung reagiert, psychisch Kranke könnten in einem Heim in der Umgebung wohnen, jedoch der Idee, psychisch Kranke würden in der Umgebung in einer Werkstatt arbeiten weniger ablehnend gegenüber steht.

Falcato & Rössler (1999) haben in der Schweiz im Rahmen eines Nationalfondsprojektes die erste breit angelegte Erhebung der Einstellungen der Allgemeinbevölkerung zu psychisch Kranken, psychiatrischen Einrichtungen und Behandlungsmethoden durchgeführt. Jeweils etwa die Hälfte der Befragten waren sich zweifelsfrei sicher, dass Einrichtungen für psychisch Kranke nicht ausserhalb der Wohngebiete liegen sollten, diese auch nicht als bedrohlich einzustufen sind und es keine guten Gründe gibt, sich gegen ein Heim für psychisch Kranke in der Nachbarschaft zu wehren.

Zu den Einstellungen und der Akzeptanz von Allgemeinpraktikern gegenüber gemeindepsychiatrischen Einrichtungen liegen keine Forschungsergebnisse vor. Gerade für diesen in der alltäglichen Versorgungsarbeit relevanten Bereich ist es bedeutsam, diese Forschungslücke zu schliessen.

2.2.2 Einstellung zu Psychopharmaka

Unter dem Begriff Psychopharmaka werden verschiedenartigste Medikamente zusammengefasst. Sie können verschieden gruppiert werden, als übliche Einteilung wird oft folgende aufgeführt (Benkert, 2001; Finzen, 2001b):

- Antidepressiva: Gruppe von Medikamenten, die vor allem zur Bekämpfung der Depressionen, aber auch bei Angsterkrankungen oder Zwangsstörungen eingesetzt werden;
- Neuroleptika: Gruppe von Medikamenten, die bei psychotischem Geschehen wie Wahn oder Halluzination oder schweren Erregungszuständen indiziert sind;
- Anxiolytika / Tranquilizer: Beruhigungsmittel mit einer schnell wirkenden angstlösenden Komponente;
- Hypnotika: Bei dieser Gruppe der Schlafmittel kommen die verschiedenartigsten Substanzen zum Einsatz.

Diese Gruppierung kommt in der Literatur in vielen leicht variierenden Varianten vor, es werden auch andere Kategorien vorgeschlagen, wie beispielsweise die Medikamente zu Phasenprophylaxe affektiver Psychosen. Als allen diesen Medikamenten gemeinsam wird dabei die Wirkung auf die Psyche beschrieben (Benkert 2001, S. 11):

„Heute bezeichnen wir als Psychopharmaka all diejenigen Substanzen, für die nach kurzfristiger oder langfristiger Gabe zweifelsfrei ein Effekt auf die Psyche nachweisbar ist.“

Genau genommen entsprechen natürlich auch viele Drogen wie Alkohol oder LSD dieser Definition. Dass die Abgrenzung gegenüber Drogen ungenau ist, kommt auch in der Bezeichnung der Psychopharmaka als „Psychodrogen“ (Zehentbauer, 1997) durch Kritiker zum Ausdruck. Im vorliegenden Zusammenhang sollen als Psychopharmaka nur ärztlich verschriebene Medikamente zur Behandlung psychischer Krankheit gelten. Aber auch bei dieser engeren Definition ist im Auge zu behalten, wie sehr sich die unter diesem Begriff zusammengefassten Substanzen in Herkunft, Wirkungsweise und Einsatzgebiet unterscheiden.

Zweifellos haben die seit den Sechzigerjahren des vorigen Jahrhunderts entwickelten und mit grossen therapeutischen Erfolgen eingesetzten Psychopharmaka einen wichtigen Beitrag zur Durchführbarkeit der Psychiatriereformen geleistet (Benkert, 2001; Grausgruber et al., 1989; Widmer, 1984). Trotzdem wird die Psychopharmakatherapie in den Medien kontrovers diskutiert, und die Öffentlichkeit steht ihr sehr skeptisch gegenüber. Finzen (2001) drückt das im Einführungskapitel seines Buches zur Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen sehr pointiert aus:

Psychopharmaka sind ungeliebte Medikamente. Ihr Bild in der Öffentlichkeit ist negativ. Sie sind Medikamente im Widerstreit (Benkert et al. 1995). In der Bevölkerung herrscht die Grundüberzeugung vor, dass Psychopharmaka auch bei schweren psychischen Störungen eher vermieden werden sollten. Eine Mehrheit hält neben der Psychotherapie den Einsatz von Naturheilmitteln eher für angebracht als den von Psychopharmaka (Angermeyer 1994). Wer Psychopharmaka verordnet, und wer sie einnimmt, muss sich bewusst sein, dass er gegen die öffentliche Meinung handelt. (S. 14)

Finzen führt weiter aus, dass die Behandelnden mit zweifelnden Nachfragen ihrer Patienten rechnen müssten, wenn sie Psychopharmaka verordnen, und die Kranken mit der Missbilligung von Freunden und Kollegen, wenn sie Psychopharmaka einnehmen. Die Qualität der Beziehung des Kranken zum verschreibenden Arzt und positive Einstellungen von Verwandten und Freunden gegenüber Pharmakotherapie sind wichtige Faktoren einer hohen Compliance. (Löffler, Kilian, Toumi & Angermeyer, 2003, S. 111).

Welche Vorbehalte bestehen gegen Psychopharmaka, wie werden sie begründet und wie häufig sind sie in der Bevölkerung anzutreffen? Falcato & Rössler (1999) zufolge finden in der deutschen Schweiz 28% der Bevölkerung, dass die Behandlung mit Psychopharmaka das Gegenteil des erwünschten Effekts erreicht und die Patienten noch kränker macht als sie schon sind. Über ein Drittel finden, dass diese Medikamente sich nur zur Ruhigstellung eignen, und sogar mehr als die Hälfte bejahen ein sehr grosses Suchtpotential. Auf der Seite

positiver Einschätzungen finden die Aussagen, dass die Kranken für ihre Umgebung dank solcher Medikamente besser erträglich sind und die psychiatrische Klinik viel früher verlassen können, zustimmende Mehrheiten.

In der so genannten „Mainzer Studie“ wurden bei einer repräsentativen Stichprobe der Bevölkerung (N=2176) Befragungen durchgeführt sowie Inhaltsanalysen von Medienberichten über Psychopharmaka vorgenommen (vgl. Benkert, Kepplinger, & Sobota, 1995). Die Studie zeigt zur deutschschweizerischen Bevölkerung vergleichbare Tendenzen bei der Mainzer Bevölkerung auf. Die Studie zeigt dabei auch auf, wie die Berichterstattung über Psychopharmaka in den Medien zur Aufrechterhaltung und Vertiefung der negativen Einstellungen beiträgt (Benkert, 2001, S.130):

Die Medien berichten zwar viel über Psychopharmaka, hingegen kaum über die eine solche Therapie notwendig machenden Erkrankungen. Die Berichterstattung über Psychopharmaka erweckt dabei sehr oft den Eindruck, als handele es sich um unnötige Medikamente, die zudem schädlich seien und süchtig machten, auf die man also am besten gleich verzichten solle.

Dadurch wird Benkert (2001) zufolge auch impliziert, dass psychische Krankheiten als nicht besonders ernst zu nehmende „Befindlichkeitsstörungen“ aufgefasst werden können, mit denen man fertig werden kann wenn „man sich etwas zusammennimmt.“ Weiter erwähnt wird, dass in Medienberichten oft Sucht, Drogenabhängigkeit und Psychopharmaka verknüpft werden. Dabei würden die unterschiedlichen Psychopharmakagruppen nicht differenziert und meist fälschlicherweise mit Tranquilizern gleichgesetzt. Das Suchtpotential der Tranquilizer werde dabei auf sämtliche Psychopharmaka übertragen. Das unterstütze die von über zwei Dritteln der Bevölkerung geteilte Meinung, dass Psychopharmaka generell süchtig machen würden.

Zur Frage, ob sich die Einstellungen von Ärzten zu Psychopharmaka von denen der Gesamtbevölkerung unterscheiden, liegen keine spezifischen Untersuchungen vor. Hinweise auf solche Unterschiede ergeben sich aus der Untersuchung von Angermeyer, Matschinger, Sandmann (1994), in der als erste Annäherung an diese Thematik die Einstellungsmuster von Medizinstudenten erfragt wurden. Dieser Studie zufolge sind Medizinstudenten signifikant häufiger als die Allgemeinbevölkerung der Meinung, dass Psychopharmakatherapie die wirksamste Behandlungsmethode darstellt. Auch verneinen vier von fünf Medizinstudenten, dass Psychopharmaka lediglich sedierend wirken würden, während dies mehr als die Hälfte der Allgemeinbevölkerung annimmt. Interessant ist auch die sehr unterschiedliche Beurteilung des Verhältnisses von Risiken und Nutzen bei der Anwendung von Psychopharmaka. 42 Prozent der Studenten schätzen den Nutzen höher ein als die damit verbundenen Risiken, während nur gerade 14 Prozent der Allgemeinbevölkerung diese Ansicht teilen. In die

gleiche Richtung geht der Befund, dass nur 21 Prozent der Medizinstudenten die Gefahr, von solchen Medikamenten abhängig zu werden als gross einschätzen, während dies bei 74 Prozent der Allgemeinbevölkerung der Fall ist. Eine Mehrheit der befragten Laien stimmte auch der Behauptung zu, dass solche Medikamente eine zum eigentlich intendierten Effekt genau gegenteiligen Wirkung hätten und die Behandelten noch kränker machen würden, eine Aussage, die von drei Vierteln der Medizinstudenten als unzutreffend abgelehnt wird.

Hillert, Angermeyer, Sandmann & Däumer (1994) haben auch die Veränderungen der Einstellungen von Medizinstudenten zu Psychopharmaka während des Studiums untersucht und stellen im Verlauf des Studiums „eine deutliche Tendenz zu einer weniger ablehnenden, positiveren Beurteilung der Wirkung von Psychopharmaka (S. 67)“ fest. Auch wenn keine vergleichbaren Untersuchungsergebnisse zu Einstellungen von Allgemeinpraktikern zu dieser Thematik vorliegen, kann aufgrund der dargestellten Tendenzen bei Medizinstudenten angenommen werden, dass auch die Allgemeinpraktiker eher akzeptierendere Einstellungen aufweisen als die Gesamtbevölkerung. Interessant ist dabei die Frage, ob sich die im Studienverlauf beobachtete Tendenz mit der Berufstätigkeit nochmals verstärkt.

2.2.3 Einstellung zu Sanktionen

Sanktionen gegenüber psychisch Kranken bringen es mit sich, dass gesellschaftlich zentrale Werte wie Freiheit und persönliche Autonomie gelegentlich eingeschränkt werden (Lauber et al., 2000b). Für den Einstellungsvergleich zwischen Allgemeinpraktikern und der Bevölkerung wurden Sanktionen in vier wichtigen Bereichen des Lebens gewählt. Die persönliche Freiheit wird am einschneidendsten eingeschränkt durch eine Zwangseinweisung, einen so genannten fürsorgerischen Freiheitsentzug. Die Bewegungsfreiheit ist nicht mehr vollständig gewährleistet, wenn einer psychischen Krankheit wegen der Fahrausweis entzogen wird. Wenn in Bezug auf psychisch Kranke gesellschaftlicher und rechtlicher Druck in Richtung einer Abtreibung bei Schwangerschaft ausgeübt wird, sind Familienplanung und Partnerschaft von Einschränkungen betroffen. Schliesslich werden durch einen allfälligen Entzug des Stimmrechts wichtige staatsbürgerliche Rechte beschnitten.

Fürsorgerischer Freiheitsentzug (FFE)

Die Behandlung von psychisch Kranken soll so weit als möglich auf der Basis freiwilliger Zusammenarbeit von Patienten und Behandelnden erfolgen. Dies ist als Grundsatz von der Gesundheitsdirektion im Zürcher Psychiatriekonzept festgehalten. Der fürsorgerische Freiheitsentzug (FFE) ist für Situationen vorgesehen, in denen diesem Grundsatz nur eingeschränkt nachgelebt werden kann, also für Situationen mit akuter Selbst- oder Fremdgefähr-

dung, aber auch wenn die notwendige Behandlung nur auf diese Art sichergestellt werden kann (Uchtenhagen, 1982). Im Strategiepapier Psychische Gesundheit (Lehmann, 2004) werden für das Jahr 2000 folgende Zahlen aufgeführt:

Im Jahre 2000 wurden in der Schweiz gemäss Hochrechnungen 15'534 PatientInnen unfreiwillig in Psychiatrische Kliniken eingewiesen. Das sind 29 Prozent aller Eintritte. Davon waren 9'948 Zwangseinweisungen (18,6% aller Eintritte) mit einer sog. „Fürsorgerischen Freiheitsentziehung (FFE)“ gemäss Art. 397a des schweizerischen Zivilgesetzbuches. Weitere 5'586 (10,5%) unfreiwillige Eintritte wurden ohne FFE verfügt. Der Anteil unfreiwilliger Eintritte variiert unter den Kantonen zwischen 15 - 50 Prozent. Dies weist darauf hin, dass die Handhabung der FFE sowie der Umgang mit schwierigen psychisch Kranken kantonal unterschiedlich gehandhabt werden (S. 55).

Im Vergleich mit entsprechenden Zahlen aus der EU liegt die Zahl von Zwangseinweisungen in der Schweiz eher im oberen Bereich, es muss dabei jedoch auf die grosse Komplexität bei der Erhebung und beim Vergleich solcher Zahlen hingewiesen werden (Dressing & Salize, 2004)

Lauber et al. (2002) haben gezeigt, dass 68 Prozent der deutschsprachigen Bevölkerung der Schweiz die Anwendung des FFE unter bestimmten Umständen befürworten. 30 Prozent dagegen finden, dass ein FFE keinesfalls bei psychisch Kranken anwendbar sein sollte. Diese beträchtliche Zustimmungsrage wird von den Autoren als Hinweis auf ein gewisses Vertrauen der Öffentlichkeit in die Psychiatrie und dem Einverständnis mit den Intentionen der Gesetzgeber gewertet. Dafür spricht auch, dass anders als bei den anderen Sanktionen die Zwangseinweisung bei Personen mit höherer Bildung, bei Behandlungserfahrenen und auch bei deren Verwandten auf breitere Zustimmung stösst. Die Ablehnung dieser Sanktion hingegen könnte Grausgruber et al. (1989) zufolge mindestens zum Teil auf eine ungenaue Abgrenzung zwischen Zwangseinweisungen, Zwangsbehandlungen und geschlossenen Abteilungen zurückgehen.

Es liegen keine Untersuchungen vor, ob Allgemeinpraktiker in der Schweiz die Sanktion des fürsorgerischen Freiheitsentzugs anders einschätzen als die Bevölkerung.

Fahrausweisentzug, Stimmrechtsentzug und Abtreibung

Gerade in der heutigen Zeit mit ihrer ausgeprägten Betonung der Wichtigkeit einer uneingeschränkten Mobilität kann ein behördlich verordneter Fahrausweisentzug sicher als einschneidende Sanktion angesehen werden. 60 % der Bevölkerung der deutschsprachigen Schweiz finden der Untersuchung von Lauber et al. (2000b) zufolge, dass „jemand, der ernsthaft psychisch krank ist“ den Fahrausweis abgeben müsse.

Die Anwendung der Sanktionen Stimmrechtsentzug und Abtreibung hingegen wird mehrheitlich abgelehnt, am deutlichsten die Abtreibung: 60% der Bevölkerung sind dagegen, psychisch Kranke mit Restriktionen bezüglich der Familienplanung zu sanktionieren, und 80% lehnen den Entzug des Stimm- und Wahlrechts ab. Abtreibung und Fahrausweisentzug werden deutlicher abgelehnt von Menschen, die mit psychisch Kranken zu tun haben oder hatten. Auch bezüglich dieser Sanktionen liegen keine vergleichbaren Erhebungen bei Allgemeinpraktikern vor.

2.2.4 Akzeptanz von Nebenwirkungen

Es ist eine allgemein anerkannte Tatsache, dass Psychopharmaka neben den erwünschten Wirkungen auch verschiedenste unerwünschte Wirkungen oder eben Nebenwirkungen aufweisen können (Angermeyer & Schulze, 2001; Benkert, 2001; Finzen, 2001b). Neben seltenen lebensgefährlichen Nebenwirkungen oder Dauerschäden und der Suchtgefahr bei Tranquilizern zählt Finzen (2001b) Müdigkeit, Herzklopfen, Bewegungsunruhe, Schwindel, Gewichtszunahme und Impotenz auf.

Als ein wichtiger Aspekt dieser Nebenwirkungen wird der Zusammenhang mit der Compliance der Patienten beschrieben. Diese ist gerade bei Psychosepatienten sehr schwach. Von einer zuverlässigen Einnahme der Medikamente kann einer Literaturübersicht von Young, Zonata & Shepler (1986) zufolge bei 41% der Patienten nicht ausgegangen werden. In 21 einbezogenen Studien schwankte dieser Wert für die Noncompliance allerdings enorm zwischen 10% und 76%. Natürlich hängt die Compliance mit verschiedenen Faktoren zusammen (Rettenbacher, Burns, Kemmler & Fleischhacker, 2004):

“We know that non-compliance is one of the main factors leading to relapse in patients suffering from schizophrenia. There are many factors influencing compliance and they are commonly categorised into four groups: 1. patient-related factors (age, gender, social status, cognitive functions, attitudes towards illness and medication), 2. illness-related factors (e. g. paranoid conviction about being poisoned by medication), 3. environment- and physician-related factors, and 4. medication-related factors” (p.108)

Putten, May & Marder (1984) untersuchten 105 neu aufgenommene Patienten mit Schizophrenie bezüglich ihrer Reaktion auf die Behandlung mit Neuroleptika. 25% dieser Patienten hatten schon kurz nach Behandlungsbeginn unangenehme Nebenwirkungen. Von diesen weigerten sich zwei Drittel, die Therapie nach 14 Tagen fortzusetzen. Bei den Patienten mit günstigeren Reaktionen auf das Neuroleptikum lag die Abbruchrate dagegen bei 20%. Die Einschätzung, welches Verhältnis von erwünschten und unerwünschten Wirkungen noch als akzeptabel anzusehen sei, dürfte zusammen mit den allgemeinen Einstellungen zur Pharmakotherapie einen erheblichen Einfluss auf die Compliance aufweisen.

Bei den im vorigen Kapitel aufgeführten negativen Grundeinstellungen zu Psychopharmaka in der Bevölkerung wundert es nicht, dass Falcato & Rössler (1999) zufolge jeweils eine Mehrheit der Bevölkerung empfiehlt, beim Auftreten von starkem Zittern, auffallenden Bewegungsstörungen, andauernder innerer Unruhe und bei Suchtgefahr das Medikament sofort abzusetzen. Weniger als ein Drittel der Befragten rät bei Auftreten von Mundtrockenheit, starkem Schwitzen, andauernder Müdigkeit oder Sexualstörungen zu einer längerfristigen Einnahme. Es ist nicht erforscht, wie Allgemeinpraktiker die in der Praxis vermutlich oft gehörten Fragen nach der notwendigen Akzeptanz von Nebenwirkungen beantworten, es kann aber angenommen werden, dass sich ihre Einschätzungen des Kosten – Nutzen Verhältnisses von denen der Bevölkerung unterscheiden. Ob allerdings Allgemeinpraktiker wegen ihrer vermutlich höheren Gewichtung der erwünschten Wirkungen von Psychopharmaka auch zu vermehrter Akzeptanz von Nebenwirkungen raten oder aber aufgrund von Erwägungen beispielsweise in den Bereichen Lebensqualität und Compliance früher als Laien empfehlen, diese Medikamente bei Auftreten von Nebenwirkungen abzusetzen, lässt sich aufgrund der vorliegenden Daten nicht abschätzen.

2.2.5 Soziale Distanz

Befragt nach konkret erlebten Diskriminierungen wird von psychisch Kranken häufig die Erfahrung erwähnt, wegen ihrer Krankheit gemieden oder abgelehnt worden zu sein. So gaben beispielsweise in einer Befragung von 102 schizophrenen Patienten durch Holzinger et al. (2003) 60 % an, bei anderen wegen ihrer Erkrankung auf Ablehnung gestossen zu sein, und mehr als die Hälfte berichteten, dass andere deswegen den Kontakt zu ihnen abgebrochen hätten.

Zahlreiche Untersuchungen haben die Kontaktbereitschaft gegenüber psychisch Kranken als Mass der Zuwendung resp. Ablehnung erhoben. Dabei interessiert die subjektive Wahrscheinlichkeit und Bereitschaft für einen Kontakt in verschiedenen sozialen Situationen mit unterschiedlichem Intimitätsgrad. Auch hier gilt, dass die Vergleichbarkeit und Aussagekraft der Studien eingeschränkt ist, wenn die soziale Distanz generell gegenüber „Geisteskranken“ erhoben wird. Ebenfalls ist wichtig, darauf zu achten, mit welchen Items, also in Bezug auf welche sozialen Situationen die soziale Distanz erfragt wird und auch in welcher Art die Antwortmöglichkeiten strukturiert sind. Wenn alle diese Faktoren beachtet werden, sind replizierbare Messungen zu erwarten, und das Einstellungskonzept der sozialen Distanz scheint auch sehr zeitstabil zu sein. Angermeyer & Matschinger (1994) jedenfalls fanden, dass es in der Bevölkerung der neuen deutschen Bundesländer zwischen 1990 und 1993 zu keinen nennenswerten Veränderungen der sozialen Distanz gegenüber schizophren und depressiv Erkrankten kam.

Grausgruber (1989) bezeichnete die Erhebung der Verhaltensabsichten gegenüber psychisch Kranken mittels bereits bewährter social distance scales (Jaeckel & Wieser, 1970) als zentrales Thema und verwendete dabei Fallschilderungen. Er fasst einen Trend, der immer wieder berichtet wird und sich in vielen Untersuchungen zeigt, folgendermassen zusammen:

„Die Kontaktbereitschaft zu bzw. Ablehnung von psychisch Abweichenden scheint besonders von zwei Faktoren abhängig zu sein: Von der Art des Kontaktes und von der Art des Verhaltens. Je „näher“ bzw. „enger“ die Kontakte zu psychisch Kranken sind und je auffälliger, gefährlicher und abweichender das Verhalten beurteilt wird, um so grösser ist die Ablehnung.“ (S. 150)

Dieses Muster wurde in Deutschland von Angermeyer & Siara 1994a bestätigt. Kontakt in den beiden sozialen Situationen mit dem höchsten Intimitätsgrad (Einheirat in die Familie, Kinder beaufsichtigen) wurde am häufigsten, nämlich von über der Hälfte der Bevölkerung abgelehnt. Der Zusammenhang zwischen der Einschätzung von psychisch Kranken als gefährlich und dem Wunsch nach sozialer Distanz wurde in aktuellen Studien bestätigt (Angermeyer, Matschinger & Corrigan, 2004; Vezzoli, Archiati, Buizza, Pasqualetti & Ross, 2001). Daraus wurde auch die Forderung abgeleitet, dass Interventionen zur Stigmareduktion in erster Linie auf das Stereotyp der Gefährlichkeit von Psychosekranken zu richten seien (Angermeyer, Beck & Matschinger, 2003).

In der Schweiz wurde die soziale Distanz ebenfalls in der erwähnten Studie von Falcató et al. (1999) erhoben. 70% der Bevölkerung in der deutschen Schweiz würden den in einer Fallvignette geschilderten Schizophrenen als Arbeitskollegen akzeptieren, 60 % als Nachbarn, nur 22% wären mit einer Einheirat des Schizophrenen in die Familie einverstanden, und noch 12% würden ihm auch die eigenen Kinder zur Aufsicht anvertrauen.

Eine der beschriebenen sozialen Situationen bezieht sich auf die Vermietung einer Wohnung. Dies ist speziell dann von Interesse, wenn man weiss, wie gross die Schwierigkeit vieler psychisch Kranker ist, eine eigene Wohnung zu finden (Rössler, Tagesanzeiger vom 24. 6.1999). 25% geben an, dass sie jemanden mit psychischen Problemen wie in der Vignette beschrieben als Mieter nehmen würden, für 40% käme das keinesfalls oder wahrscheinlich nicht in Frage.

Für Allgemeinpraktiker der deutschen Schweiz liegen in der Literatur keine Untersuchungsergebnisse über die soziale Distanz gegenüber psychisch Kranken vor. Grausgruber et al. (1989) haben in Österreich bei ihrer breit angelegten Befragung verschiedener relevanter Berufsgruppen zwar die Hausärzte ebenfalls befragt. Ihr Forschungsfokus lag jedoch mehr darauf, ob bestimmte Eigenschaften der Einstellungsobjekte sich in unterschiedlichen Graden sozialer Distanz auswirken. Dabei konnten sie zeigen, dass die pauschale Bezeichnung

„psychisch Kranke“ bei der Messung der sozialen Distanz zu ungenau ist und genauere Charakterisierungen in Fallbeschreibungen zu sehr unterschiedlichen Einschätzungen führen.

Die soziale Distanz von Medizinstudenten in der Studie von Rössler et al (1996) erwies sich beim Vergleich mit der Gesamtbevölkerung ausser bei „Einheirat eines psychisch Kranken in die Familie“ für alle vorgegebenen sozialen Situationen als grösser. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass sich unter dem Einfluss des Unterrichts die soziale Distanz für die vorgegebenen Situationen „Arbeitskollege“ und „Nachbar“ verringerte. Auch ist zu bedenken, dass sich Medizinstudenten von den approbierten Ärzten in einigen hinsichtlich Kontaktbereitschaft wesentlichen Punkten unterscheiden. Als besonders bedeutsam kann nämlich der von vielen Studien (Angermeyer & Matschinger, 1994; Penn et al., 1994; Trute & Löwen, 1978) bestätigte Zusammenhang von Kontakten mit psychisch Kranken und sozialer Distanz angesehen werden. Die grösste soziale Distanz zeigen Menschen, die angeben, keine persönlichen Erfahrungen mit psychisch Kranken zu haben. Je häufiger und intensiver Kontakte zu und Erfahrungen mit psychisch Kranken waren, desto höher ist die Kontaktbereitschaft. Dieser Befund wurde auch von Angermeyer & Matschinger (1996) bestätigt, die zur Messung der sozialen Distanz die gleichen sieben Items benutzten wie sie in der vorliegenden Arbeit verwendet werden.

Aufgrund der häufigen beruflichen Kontakte mit psychisch Kranken (vgl. Bröer & Elgeti, 1982) in der alltäglichen Praxisarbeit kann angenommen werden, dass dieser Zusammenhang häufiger und intensiver Kontakte mit geringer sozialer Distanz bei den Ärzten von erheblichem Einfluss ist. Jedenfalls konnte Schöny (1989) zeigen, dass die Bereitschaft zu sozialen Kontakten geringer ist wenn der Umgang mit psychisch Kranken als gefährlich oder belastend eingeschätzt wird. Vielleicht noch mehr als die Ärzte hat psychiatrisches Pflegepersonal berufsbedingt häufige Kontakte mit psychisch Kranken. Das Pflegepersonal schätzte die von den Patienten ausgehende Gefahr und Belastung am geringsten von allen untersuchten Berufsgruppen ein, was sich auch in einer vermehrten Bereitschaft zu sozialen Kontakten zeigte. Zudem sprechen auch der hohe Bildungsgrad der Ärzte (Brockington et al., 1993) und deren anzunehmendes Fachwissen im psychiatrischen Bereich für die Annahme, dass sie im Vergleich zu Gesamtbevölkerung eine geringere soziale Distanz aufweisen könnten. Diese Überlegungen waren für die dementsprechend formulierte Hypothese ausschlaggebend.

2.2.6 Geheimhaltung und Tabuisierung

Psychische Störungen, insbesondere Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis sind mit einem Stigma behaftet. Das heisst, dass Menschen mit psychischen Störungen von der Gesellschaft negativ bewertete Merkmale zugeordnet werden, die sie in diskriminieren-

der Weise kennzeichnen (vgl. Finzen 2001, S. 26). Die Stigmatisierung wird von den Betroffenen als zusätzliche Belastung erlebt, die die Rehabilitation massiv behindert und eine erfolgreiche Arbeits- und Wohnungssuche oft verunmöglicht. Das führt zum verständlichen Wunsch, die Krankheit zu verstecken, und so dem gesellschaftlichen Tabu „Über psychische Krankheiten spricht man nicht“ zu entsprechen (vgl. Fricke, 2000; Schöny 1989). Es ist eine offene Diskussion, ob psychisch Kranke gut beraten seien mit der Aufforderung, über vergangene Krankheitsepisoden offen zu sein. Finzen (2001a) führt an, dass das Eingeständnis einer schizophrenen Erkrankung auch heute noch viel zu oft zu einer sozialen Katastrophe führt und folgert sehr pointiert:

„Wer schizophren ist, ist gut beraten, mit der Information Dritter über die Krankheit sparsam umzugehen. Er läuft Gefahr, seine Freunde zu verlieren und seine Arbeit. Er tut gut daran, zu lügen, dass die Balken sich biegen, wenn es um seine Krankheit geht“. (S.97)

Diese Empfehlung sei jedoch nur richtig, wenn die Krankheit zuverlässig überwunden und der Gesundheitszustand stabil ist und wenn allfällige Restsymptome zuverlässig unter Kontrolle sind. Sind diese Voraussetzungen nicht gegeben, bleibt kein anderer Weg als Offenheit. Auch wenn nach einem Klinikaufenthalt dieselbe Arbeitsstelle wieder eingenommen werden kann, können Aufklärung und Miteinbezug von Arbeitskollegen und Vorgesetzten zu einem wichtigen Beitrag zur Rehabilitation und zum Zurückfinden in die Gesundheit werden. Einen weiteren positiven Aspekt bringt Ruth Fricke, eine Betroffene, in die Diskussion ein (Fricke, 2000):

„Ich habe aber auch gemerkt, wie viele Menschen unter diesem Tabu leiden. Denn wenn man über psychische Erkrankungen spricht, ist es, als wenn man ein Fass ansticht. Plötzlich hat jeder ein Familienmitglied, das ebenfalls betroffen ist und er ist froh, endlich einmal darüber reden zu können.“ (S. 14)

Bei der Entscheidung, ob eine psychische Erkrankung geheim gehalten werden sollte oder nicht, und welche Personen informiert werden sollten, müssen also jeweils konkrete mögliche Vorteile und Nachteile abgewogen werden. Falcato und Rössler (1999) haben die Frage so gestellt, dass die Befragten einen Ratschlag an einen Betroffenen geben sollen, ob bestimmte Personenkreise ins Vertrauen zu ziehen sind oder nicht. In diesem Rat ist implizit eine Annahme über das psychisch Kranken entgegengebrachte Ausmass von Vorurteilen, möglicher Diskriminierung und Benachteiligung enthalten. Etwa 90% aller Befragten raten dazu, Familienangehörige und gute Freunde ins Vertrauen zu ziehen, rund die Hälfte würden auch Nachbarn und Vorgesetzte informieren. Bei lockeren Bekannten und auch in Bezug auf den Wohnungsvermieter raten über 70% zur Geheimhaltung. Diese Ergebnisse sind umso

aussagekräftiger, als jedes Mal auch die Aussage „Vielleicht erzählen, kommt drauf an“ möglich war.

Es ist anzunehmen, dass Allgemeinpraktiker, die ja wie erwähnt häufigste Anlaufstelle auch bei psychischen Problemen sind, in der täglichen praktischen Arbeit oft mit diesen die Geheimhaltung betreffenden Fragen von psychisch Kranken oder Angehörigen konfrontiert sind. Wie erwähnt, enthalten die Antworten auf diese Fragen implizit auch eine Einschätzung darüber, welchem Grad von Benachteiligung und Vorurteilen psychisch Kranke in der Gesellschaft ausgesetzt sind. Wenn die Ärzte diesen Aspekt bei der Beantwortung der Fragen hoch gewichten und die in der Gesellschaft vorhandenen Einstellungen korrekt einschätzen, sollten sich ihre Antworten von denen der Gesamtbevölkerung nicht sehr unterscheiden. Es ist jedoch auch möglich, dass die Ärzte viel weniger zur Geheimhaltung und Tabuisierung raten, weil sie getreu der vorherrschenden medizinischen Sichtweise psychische und somatische Erkrankungen nicht mit charakterlichen oder moralischen Erwägungen und Glaubenssystemen vermischen und damit keinen Grund sehen, die Umwelt anders über psychische Krankheit zu informieren als über somatische. Die Hypothesenbildung folgt dieser Einschätzung, die dem vorherrschenden Zeitgeist entspricht und auch beispielsweise ein Hauptanliegen der Entstigmatisierungskampagne darstellt.

2.2.7 Confounder-Variablen

Obwohl in den referierten Bereichen viele empirische Untersuchungen zu den Einstellungen der Gesamtbevölkerung oder spezieller Bevölkerungsgruppen vorliegen, findet sich insgesamt nur wenig gut gesichertes Wissen über den Einfluss bestimmter Confounder-Variablen.

Immer wieder wird in den Sammelreferaten (Rabkin, 1974; Widmer 1983) ein möglicher Zusammenhang erwähnt zwischen Einstellungen und folgenden soziodemografischen Charakteristika und Persönlichkeitsmerkmalen: Bildung, Alter, Geschlecht, Stadt- oder Landbevölkerung, Häufigkeit und Nähe des Kontaktes mit psychisch Kranken. Über den Erkenntnisstand bezüglich dieser Confounder-Variablen geben die folgenden Abschnitte eine Übersicht.

- Bildung

Zum Einfluss des Bildungsniveaus auf die Einstellungen liegen tendenziell übereinstimmende Resultate vor. Der Schlussbericht zuhanden des Bundesministeriums für Gesundheit, in dem von Angermeyer & Matschinger (1994) die Auswirkungen der Reform der Versorgung in den neuen Ländern der BRD auf die Einstellung der Bevölkerung zur Psychiatrie und zu psychisch Kranken beschrieben werden, weist aus, dass Personen mit höherem Bildungsniveau negative Sanktionen häufiger ablehnen und gemeindepsy-

chiatrische Einrichtungen in der Nachbarschaft eher akzeptieren. In Übereinstimmung mit den mehrheitlich festgestellten Trends berichten Wolff, Pathare, Craig & Leff (1996) über einen starken positiven Zusammenhang zwischen „Goodwill“ gegenüber psychisch Kranken und höherer Bildung. Sie schlagen in ihren Schlussfolgerungen vor, dass Anstrengungen zur Änderung von Einstellungen besonders in Bezug auf Personen mit tiefem sozioökonomischem Status und geringer Bildung gerichtet werden sollten. Ebenfalls einen positiven Zusammenhang zwischen Toleranz gegenüber psychisch Kranken und höherer Bildung stellen Brockington et al. (1993) fest. Widmer (1983, S.176) findet in seiner Literaturübersicht ebenfalls aufgeschlosseneren Einstellungen mit höherem Bildungsniveau in der Bevölkerung korreliert und weist weiter auf die Wichtigkeit von differenziertem Wissen hin: „Personen mit differenziertem Wissen über psychische Störungen und deren Behandlung äussern weniger autoritäre und restriktive Ansichten. Die soziale Distanz scheint geringer.“ 63% der befragten Akademiker einer Erhebung in München (Lamnek & Trettner, 1991) beantworteten die Frage nach einer potentiellen Freundschaft mit einer psychisch kranken Person positiv, bei den Personen ohne Hauptschulabschluss war das bei 37% der Fall. Lauber et al. (2000b) fragten nach der Akzeptanz von Sanktionen gegen psychisch Kranke, beispielsweise Entzug von Führerschein oder Wahl- und Stimmrecht, oder Anordnung einer Abtreibung im Falle der Schwangerschaft einer psychisch kranken Frau. Es zeigte sich, dass die Akzeptanz solcher Massnahmen bei höherer Bildung abnimmt.

Für die vorliegende Arbeit ist die Einheitlichkeit dieser Tendenzen wichtig, da die Ärzte als Subsample der Gesamtbevölkerung sich von dieser unter anderem sicher durch ihren höheren Bildungsgrad unterscheiden. Innerhalb der Population der Ärzte selber ist der Bildungsgrad einheitlich, der Einfluss der Bildung auf die Einstellungen der Ärzte wird deshalb nicht zu untersuchen sein. Allfällige signifikante Unterschiede zur Gesamtbevölkerung in Richtung akzeptierendere und verständnisvollere Einstellungen werden speziell daraufhin zu prüfen sein, in welchem Ausmass dieser Effekt auf den höheren Bildungsgrad der Ärzte zurückgeführt werden kann.

- Alter

Der Einfluss dieser Determinante auf die hier diskutierten Einstellungen wird in der Literatur nicht widerspruchsfrei diskutiert. Einerseits wird aufgeführt, dass ein negativer Zusammenhang besteht zwischen verständnisvollen, sozial zugänglichen Einstellungen zu psychisch Kranken und höherem Alter. Stellvertretend seien hier als Beleg Wolff et al. (1996) zitiert:

„In our analysis, increased age was associated with more Social Control. This is a consistent and well documented finding from many previous studies.“ (p.189)

Unter dem Faktor „Soziale Kontrolle“ verstehen die Autoren dabei die Zustimmung zu Aussagen wie „The best way to handle the mentally ill is to keep them behind locked doors.“ oder „Anyone with a history of mental problems should be excluded from public office.“

Angermeyer und Siara (1994b) berichten eine mit steigendem Alter zunehmende soziale Distanz gegenüber Schizophrenen. So gingen etwa ein Viertel der 18-bis 30jährigen auf Distanz im Vergleich zur Hälfte der über 65jährigen. Als weiterer einzelner Befund (Lauber et al., 2000b) ist aufzuführen, dass in der Schweizer Bevölkerung die Altersgruppe der 56 – 76 jährigen der Anordnung einer Abtreibung bei psychisch kranken Frauen eher zustimmen als jüngere Befragte. Auch der Widerstand gegen die Einheirat eines psychisch Kranken wächst mit zunehmendem Alter.

In anderen Untersuchungen, wie beispielsweise einer neueren Erhebung der Einstellungen zu gemeindepsychiatrischen Einrichtungen in der ehemaligen DDR Angermeyer et al. (1999) ergab sich jedoch kein Zusammenhang dieser Einstellungen mit dem Alter der Befragten. Die Zahl der Studien, die gerade bei sozialer Distanz einen Zusammenhang mit dem Alter berichten, überwiegt jedoch. In einer gross angelegten neuen Studie (Litzcke, 2003) über Polizeibeamte und psychisch Kranke wird klar festgehalten: „Je älter die Versuchspersonen sind, desto grösser ist die Distanz zu psychisch Kranken. Damit bestätigt diese Studie den aus der Literatur bekannten Alterseffekt (S.447).“

- Geschlecht

Zur Frage, ob das Geschlecht einen nachweisbaren systematischen Einfluss auf die Einstellungen ausübt, liegen in der Literatur widersprüchliche Angaben vor. Sowohl Brockman & D’Arcy (1978) als auch Brockington et al. (1993) fanden keine Geschlechtsunterschiede in verschiedenen Einstellungsbereichen zu psychisch Kranken. In der kanadischen Studie von Stuart & Arboleda-Flórez (2001) mit über 1500 Befragten zeigte sich kein Zusammenhang zwischen Geschlecht und Ausmass an erwünschter sozialer Distanz. Nach einem Semesterkurs in Psychiatrie zeigten Medizinstudentinnen im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen eine grössere Bereitschaft, psychisch Kranke als Nachbarn zu akzeptieren (Rössler et al., 1996). Angermeyer und Siara (1994a) fanden ebenfalls akzeptierendere Einstellungen bei Frauen in der deutschen Bevölkerung, bezeichnen die gefundenen geringen Unterschiede jedoch eher als Tendenz.

Widmer (1983) vermutet, dass die Einstellungen zu psychischen Störungen und deren Behandlung letztlich unabhängig sind vom Geschlecht der befragten Personen und führt die teilweise berichteten geschlechtsspezifischen Unterschiede auf andere Faktoren zurück.

- Stadt- versus Landbevölkerung

Obwohl auch hier mögliche Einflüsse diskutiert werden, sind die Ergebnisse uneinheitlich und wenig konsistent. In einer Untersuchung, die unter dem Titel „Stigmatisierung psychisch Kranker: Stadt versus Land“ publiziert wurde, fanden Angermeyer et al. (1985), dass das Stigmatisierungsrisiko psychisch Kranker auf dem Land nicht grösser war und als in der Stadt. Sie vermuten, dass die von beiden Seiten her stattfindende Nivellierung des Stadt-Land Gefälles mit dazu geführt haben könnte, dass keine Unterschiede in Bezug auf den Grad der Stigmatisierung und der Versuche zu ihrer Bewältigung gefunden werden konnten.

- Kontakt mit psychisch Kranken

Studien, die den Zusammenhang zwischen Kontakten mit psychisch Kranken und den Einstellungen dieser Personengruppe gegenüber untersuchen, berichten mehrheitlich von weniger distanzierten und vorurteilsfreieren Einstellungen, wenn persönliche Kontakte vorlagen. Trute & Löwen (1978) reportieren, dass Menschen, die Kontakt zu psychisch Kranken haben oder hatten, eine geringere soziale Distanz diesen gegenüber zeigen. Auch Angermeyer & Matschinger (1994) belegen diesen Befund und führen an, dass die Distanz gegenüber psychisch Kranken bei den Befragten ohne persönliche Kontakte am ausgeprägtesten war. Dabei machte es keinen Unterschied, ob die Kontakte zu psychisch Kranken im näheren sozialen Umfeld wie der eigenen Familie stattfanden oder mit Personen aus dem weiteren Bekanntenkreis oder der Nachbarschaft.

Angermeyer et al. (1999) führen als wichtiges Ergebnis ihrer Untersuchung an, dass erfolgte Kontakte mit psychisch Kranken mit einer deutlich offeneren Haltung gegenüber der Eröffnung eines komplementären Dienstes in der Umgebung einhergehen.

Personen, die vorher keinen Kontakt mit psychisch Kranken hatten zeigten Penn et al. (1994) den Wunsch nach mehr sozialer Distanz und schrieben psychisch Kranken eine grössere Gefährlichkeit zu. Geringere Tendenz zu Stigmatisierung kennzeichnet hingegen Personen mit vorhergehendem Kontakt zu psychisch Kranken. Die Autoren kommen in ihrer Arbeit zum Schluss, dass Kontakt zu psychisch Kranken die wichtigste Determinante der Einstellung diesen gegenüber ist.

3 Fragestellungen und Hypothesen

Wie in den ersten beiden Kapiteln beschrieben, sollte die Rolle der Allgemeinpraktiker bei der Versorgung psychisch Kranker nicht unterschätzt werden. Allgemeinpraktiker stehen in täglichem Kontakt mit Betroffenen und deren Angehörigen. Dadurch nehmen sie auch Einfluss auf Einstellungen zu psychisch Kranken, Pharmakotherapie, Akzeptanz von Nebenwirkungen und gemeindepsychiatrischen Anliegen. Trotz einer im letzten Jahrzehnt im Rahmen der Stigmaforschung stetig gewachsenen Anzahl von Einstellungsuntersuchungen in diesen Bereichen sind die Einstellungen dieser Berufsgruppe im Gebiet der deutschsprachigen Schweiz nicht erforscht. Damit ist auch nichts darüber bekannt, ob sich die Einstellungen der Allgemeinpraktiker von denjenigen der Gesamtbevölkerung unterscheiden. Die folgenden Fragestellungen sollen dazu beitragen, diese Wissenslücken zu schliessen.

3.1 Erhebung der Einstellungen der Allgemeinpraktiker

Fragestellungen:

- Welches sind die Einstellungen von Allgemeinpraktikern in der Deutschschweiz gegenüber psychisch Kranken?
- Welches sind die Einstellungen von Allgemeinpraktikern in der Deutschschweiz gegenüber Psychopharmaka und deren Nebenwirkungen?
- Welches sind die Einstellungen von Allgemeinpraktikern in der Deutschschweiz gegenüber gemeindepsychiatrischen Einrichtungen?

3.2 Vergleich der erhobenen Einstellungen mit denen der Gesamtbevölkerung

Fragestellungen:

- Wie verhalten sich die erfassten Einstellungen zu den Einstellungen in der Gesamtbevölkerung?
- Lassen sich signifikante Unterschiede feststellen?
- Lassen sich Einflüsse von Confounder-Variablen finden?

3.3 Hypothesen

Folgende Hypothesen wurden aufgrund der theoretischen Überlegungen und der bisherigen Forschungsergebnisse aufgestellt:

Tabelle 1: 6 Hypothesen zum Unterschied der Einstellungen von Allgemeinpraktikern und Gesamtbevölkerung

Hypothese 1	Die Einstellung zur Gemeindepsychiatrie ist bei den Allgemeinärzten positiver als bei der Gesamtbevölkerung.
Hypothese 2	Allgemeinpraktiker zeigen eine geringere soziale Distanz zum beschriebenen Fall als die Gesamtbevölkerung
Hypothese 3	Die Akzeptanz negativer Sanktionen unterscheidet sich von derjenigen in der Gesamtbevölkerung.
Hypothese 4	Die Einstellung zu Psychopharmaka ist bei den Allgemeinpraktikern positiver als bei der Gesamtbevölkerung.
Hypothese 5	Allgemeinpraktiker unterscheiden sich in Bezug auf die Akzeptanz von Nebenwirkungen von der Gesamtbevölkerung.
Hypothese 6	Allgemeinpraktiker raten weniger zur Geheimhaltung der in der Fallvignette beschriebenen Symptomatik als die Gesamtbevölkerung.

4 Methode

4.1 Erhebungsinstrument

4.1.1 Ausgangslage

Das in der vorliegenden Untersuchung verwendete Erhebungsinstrument ist eine telefonische Befragung auf der Grundlage eines vollstandardisierten Fragebogens mit insgesamt 63 Items. Die Items wurden bis auf wenige Ausnahmen einem Fragebogen entnommen, der für die Nationalfondstudie (NFS) "Einstellungen zu psychischer Krankheit, psychisch kranken Menschen, psychiatrischen Behandlungen und psychiatrischen Einrichtungen in der Schweiz" von L. Falcato und W. Rössler an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich entwickelt wurde. Dieser Fragebogen wurde bei der telefonischen Befragung einer für die Bevölkerung der Schweiz repräsentativen Stichprobe von 1737 zufällig ausgewählten Personen im Alter von 16 bis 76 Jahren eingesetzt. Ergebnisse dazu finden sich bei Lauber et al. (2000a/b, 2002) und bei Nordt et al. (2002).

Gegen hochstrukturierte, geschlossene Interviews wird zwar der Nachteil ins Feld geführt, dass solche Instrumente nur das erfassen können, was sie als Fragestellung enthalten und so nicht wirklich ein Zugang zur persönlichen Sicht der Befragten erreicht wird. Demgegenüber ist anzumerken, dass die Antworten in einem standardisierten Fragebogen viel weniger der Gefahr der Verfälschung durch persönliche Interpretationen ausgesetzt sind und vorgegebene, abgestufte Antwortmöglichkeiten sich ausgezeichnet für Vergleiche mittels statistischer Verfahren eignen. Weiter wurde im als Ausgangsbasis dienenden Fragebogen des erwähnten Nationalfondsprojekts darauf geachtet, zu den interessierenden Einstellungsbereichen möglichst verbreitete und zur Bildung valider Skalen geeignete Fragen zu berücksichtigen. Im Folgenden ist aufgeführt, welche Items unverändert oder in adaptierter Form in die vorliegende Untersuchung übernommen wurden. Weiter wird eine Übersicht über die vorgenommenen Streichungen gegeben.

Unverändert übernommen wurden die Fragen zu folgenden 5 Gebieten:

- | | |
|--|----------|
| • Gemeindepsychiatrie: | 7 Items |
| • Psychopharmaka: | 7 Items |
| • Akzeptanz von Nebenwirkungen | 10 Items |
| • Soziale Distanz | 7 Items |
| • Beurteilung von Geheimhaltung/Tabuisierung | 8 Items |

Gekürzt und/oder verändert wurden die Fragen zu folgenden 3 Gebieten:

- Akzeptanz negativer Sanktionen: 4 Items
- Persönlicher Kontakt: 2 Items
- Anomie 8 Items

Viele Ärzte verfügen in ihrem Praxisalltag nur über sehr knappe Zeitressourcen. Eine einzelne Befragung sollte deshalb im Rahmen von etwa 15 Minuten durchgeführt werden können. Diese Dauer wurde in einem Pretest von den zehn teilnehmenden Ärzten als akzeptabel bezeichnet. Um diese Zeitvorgabe einhalten zu können, war es unumgänglich, den Fragebogen der Nationalfonds-Studie zu kürzen. In einem ersten Schritt wurden jene Einstellungsbereiche bestimmt, die ungekürzt übernommen werden sollten. Wichtige Aspekte der Behandlung wie die Einstellung gegenüber einer gemeindepsychiatrisch ausgerichteten Grundkonzeption sowie gegenüber Pharmakotherapie und Akzeptanz von Nebenwirkungen erhielten dabei den Vorrang. Die hohe Relevanz dieser Einstellungsbereiche ist im Kapitel 2 eingehend beschrieben. Soziale Distanz wird oft als paradigmatisch für die Einstellung gegenüber psychisch Kranken (Lauber, Nordt, Falcato & Rössler, 2004a) und als wichtiger stigmatisierender Faktor beschrieben und wurde ebenfalls unverändert erhoben. Psychische Krankheit als gesellschaftliches Tabuthema und die damit verbundene Tendenz, die Erkrankung zu verstecken sind Ausdruck der Stigmatisierung, die Erhebung der Einstellungen zu Geheimhaltung und Tabuisierung schien daher unerlässlich und wurde ungekürzt übernommen. Negative Sanktionen werden kontrovers diskutiert, die Einstellung der Allgemeinpraktiker wurde bezüglich Zwangseinweisung, Abtreibung und Stimmrecht erhoben (vgl. Kap. 2). Die zusammengefasste Übersicht über die aus zeitökonomischen Gründen unerlässlichen Streichungen lässt sich folgendermassen auflisten:

Weggelassen wurden sozioökonomische Fragen, Fragen zur Partnerschaft und Kinderzahl, zur finanziellen Situation, Medienkonsum und Medienpräferenzen, Zivilstand und Konfession. Auch die folgenden inhaltlichen, zum Teil sehr zeitaufwendigen Fragen zu ganzen Bereichen wurden weggelassen:

- Fragen zum Stereotyp vom psychisch Kranken
- Fragen zu Laienhilfe und Familienpflege
- Fragen zum tatsächlichen Engagement
- Wahrgenommene Diskriminierung
- Identifizierung psychischer Krankheit
- Vermutete Ursachen für den dargestellten Fall

- Emotionale Reaktionen zum beschriebenen Fall
- Behandlungsratschläge
- Toleranz
- Rigidität und soziale Erwünschtheit

4.1.2 Verwendetes Erhebungsinstrument

Der effektiv verwendete Fragebogen besteht aus drei Teilen:

- (1) Angaben zur Person und generelle Einstellungen zu Gemeindepsychiatrie, Psychopharmaka und Sanktionen wurden erhoben;
- (2) die Fallvignette einer Schizophrenie wurde vorgelesen und Fragen bezüglich Akzeptanz von Nebenwirkungen bei der Behandlung des vorgestellten Falls, sozialer Distanz zur vorgestellten Person und Tabuisierung der dargestellten Symptomatik gestellt;
- (3) und abschliessend wurden Anomie, persönlicher Kontakt zu psychisch Kranken, Einstellung zu Aspekten der Öffentlichkeitsarbeit, Interesse an Weiterbildung und Verbesserungsvorschläge erhoben.

Im Originalfragebogen werden die Fragen zur sozialen Distanz vor den Fragen zur Akzeptanz von Nebenwirkungen gestellt. Schon im Pilotversuch zeigte sich, dass die Ärzte bei den Fragen zur sozialen Distanz wissen wollten, ob sich diese Fragen auf die behandelte oder unbehandelte vorgestellte Person beziehen würden. Durch die Umkehrung der Reihenfolge, also zuerst die Fragen nach der Akzeptanz von Nebenwirkungen der Pharmakotherapie und anschliessend die Fragen zur gewünschten sozialen Distanz, wurde diese aus Sicht der Ärzte wichtige Unklarheit vermieden.

Nach der Durchführung der beschriebenen Änderungen und Streichungen des ursprünglichen Fragebogens enthielt der effektiv verwendete Fragebogen die nachfolgend detailliert aufgelisteten Items.

4.1.2.1 Angaben zur Person

Direkt auf die Versuchspersonen und deren individuelle Verhältnisse bezogen sind die Fragen nach Alter, Dauer einer allfälligen beruflichen Tätigkeit in der Psychiatrie, durchschnittlicher Anzahl behandelter PatientInnen pro Stunde, persönlicher Erfahrung mit psychisch Kranken in Freundeskreis und Familie, Weiterbildungswünschen und Verbesserungsvorschlägen.

Ein Aspekt der Persönlichkeitsstruktur wurde mit dem Konstrukt „Anomie“ erhoben. Die Grundlage dafür lieferte die Anomie-Skala von Fischer, Lippert & Zoll (1983), die einschätzt, wie weit ein allgemeines Gefühl der Unsicherheit, Zukunftsangst und Orientierungslosigkeit bei einer Versuchsperson vorherrscht und ob der Verlust verbindlicher Normen beklagt wird. Folgende Items mussten mit „einverstanden“ oder „nicht einverstanden“ eingeschätzt werden:

<i>Wenn man an die Zukunft denkt kann man eigentlich sehr zuversichtlich sein</i>	AN211
<i>Alles ist heute so unsicher und wechselt so schnell, dass man häufig nicht mehr weiss, nach was man sich richten soll</i>	AN212
<i>Das Schlimmste an der heutigen Zeit ist, dass den Leuten die alten Traditionen und Gewohnheiten gar nichts mehr bedeuten</i>	AN213
<i>Früher sind die Leute besser dran gewesen, weil jeder gewusst hat, was er zu tun hat.</i>	AN214
<i>Wenn man die Ereignisse von den letzten Jahren betrachtet wird man richtig unsicher.</i>	AN215
<i>Wenn man Heute eine Lehre macht, weiss man gar nicht, ob einem das für die Zukunft noch viel nützen wird</i>	AN217
<i>Den meisten Menschen fehlt ein richtiger Halt.</i>	AN218
<i>Heute ist jeder so mit sich selbst beschäftigt, dass er nicht an morgen denken kann.</i>	AN219

6 Items dieser Skala (AN211,AN212,AN213,AN214,AN215,AN217) wurden analog zur NF-Studie verwendet. Das Item AN216 wurde zur Erhöhung der Trennschärfe durch das Item AN218 (Skala Anomie, Fischer et al., 1983) ersetzt, AN219 (Fischer et al. 1983) wurde ebenfalls aus diesem Grund neu dazugenommen.

4.1.2.2 Einstellung zur Gemeindepsychiatrie

Die 7 Fragen zu diesem Einstellungsbereich gehen ursprünglich auf Taylor & Dear (1980) zurück und wiesen in einer Studie von Brockington et al. (1993) die höchsten Ladungen auf dem Faktor „Community mental health ideology“ auf. Dieser Faktor zeigte sich praktisch identisch bei der Überprüfung der deutschen Übersetzung des Fragenpools von Taylor & Dear (Angermeyer, Heiss, Kirschenhofer, Ladinser, Löffler, Schulze & Swiridoff, 2003). Gefragt wird nach der Akzeptanz von gemeindepsychiatrischen Einrichtungen in der Nachbarschaft sowie nach der Einschätzung von sich eventuell ergebenden Gefahren, die von in der Nachbarschaft wohnenden psychisch Kranken ausgehen könnten.

<i>Die Anwohner haben nichts zu befürchten vor Leuten, die in ihrem Quartier in eine Werkstatt für psychisch Kranke zur Arbeit gehen</i>	EINGEP1
<i>Die Vorstellung, dass psychisch Kranke in meiner Nachbarschaft wohnen, finde ich beängstigend</i>	EINGEP2
<i>Als Anwohner gibt es gute Gründe, sich gegen die Eröffnung von einem Heim für psychisch Kranke in der Nachbarschaft zu wehren</i>	EINGEP3
<i>Einrichtungen für psychisch Kranke sollten ausserhalb von Wohngebieten sein</i>	EINGEP4
<i>Wenn in einer Gemeinde der Bedarf nach einer Einrichtung für psychisch Kranke besteht, sollten die Anwohner das akzeptieren</i>	EINGEP5
<i>Einrichtungen für psychisch Kranke sind eine Gefährdung für die Nachbarschaft</i>	EINGEP6
<i>Die Attraktivität einer Wohngegend sinkt, wenn es dort Einrichtungen für psychisch Kranke gibt</i>	EINGEP7

4.1.2.3 Einstellung zu Psychopharmaka

Die sieben Items wurden unverändert dem Fragebogen der NF-Studie entnommen und gehen zurück auf Angermeyer et al. (1993). In einigen werden positive Aspekte der Pharmakotherapie formuliert (+), in anderen negative (-).

<i>Medikamente, wie sie in der Psychiatrie gebraucht werden, sind die wirksamsten Mittel zur Behandlung psychischer Krankheiten (+)</i>	<i>EIPH081</i>
<i>Bei Medikamenten, wie sie in der Psychiatrie gebraucht werden, ist die Gefahr gross, dass man davon süchtig wird (-)</i>	<i>EIPH082</i>
<i>Der Nutzen der Behandlung mit solchen Medikamenten ist viel grösser als die damit verbundenen Risiken (+)</i>	<i>EIPH083</i>
<i>Mit Medikamenten, wie sie in der Psychiatrie gebraucht werden, kann man Patienten nur ruhig stellen (-)</i>	<i>EIPH084</i>
<i>Solche Medikamente machen einem am Ende noch kränker als man ohnehin schon ist (-)</i>	<i>EIPH085</i>
<i>Oft sind psychisch Kranke für ihre Angehörigen nur dank solchen Medikamenten erträglich (+, neu)</i>	<i>EIPH086</i>
<i>Seit es diese Medikamente gibt, können die Patienten eine psychiatrische Klinik oft viel früher wieder verlassen (+ neu)</i>	<i>EIPH087</i>

4.1.2.4 Akzeptanz negativer Sanktionen

Zustimmung zu resp. Ablehnung von vier Sanktionen gegen psychisch Kranke, nämlich Zwangseinweisung (SAZW2A), Fahrausweisentzug (SAFA2F), Entzug des Stimmrechts (SAST2C) sowie Abtreibungsempfehlung bei Schwangerschaft (SAAB2B) werden in Anlehnung an Angermeyer & Matschinger 1995 erhoben. Die Antwortmöglichkeiten umfassen die Zustimmung zu den beschriebenen Sanktionen, deren Ablehnung oder Unentschiedenheit („weiss nicht“). Weggelassen wurde die in der NF-Studie gestellte Frage nach dem Recht auf Waffenbesitz. Es wurde keine zusammenfassende Skala gebildet, es interessiert vor allem der Unterschied von Gesamtbevölkerung und Allgemeinpraktikern in den Stellungnahmen zu diesen teils kontrovers diskutierten Sanktionen.

4.1.2.5 Fallvignette

Als ernstzunehmende Kritik an vielen Einstellungsuntersuchungen ist die ungenaue Definition des Einstellungssubjekts anzuführen. Erhebungen, die Einstellungen gegenüber „Geisteskranken“, „mental patients“ oder „insane persons“ erfragen, werden der Bandbreite psychischer Abweichungen sicher nicht gerecht. Um diesem Problem zu begegnen, bietet sich die Verwendung von kurzen Fallbeschreibungen, sogenannten Fallvignetten an. In der Untersuchung von Falcato und Rössler mit ihrer hohen Anzahl Versuchspersonen (N=1737) wurden abwechselnd Fallvignetten für Schizophrenie oder Depression zur genaueren Defini-

tion des Einstellungssubjekts dargeboten. Für die Befragung der Allgemeinpraktiker wurde aus diesen beiden die Fallvignette eines paranoid Schizophrenen ausgewählt, die auf Star (1955) zurückgeht und von Angermeyer und Matschinger (1995) überarbeitet und auf diagnostische Korrektheit überprüft wurde. Die Vignette erfüllt die diagnostischen Kriterien des DSM-III-R für Schizophrenie. Wie im theoretischen Teil ausgeführt, erfolgte die Beschränkung auf eine Schizophrenievignette, weil die Stigmatisierung von Menschen mit dieser Diagnose sehr ausgeprägt ist und „schizophren“ oft prototypisch für „geisteskrank“ steht.

Text Fallvignette

Stellen Sie sich bitte vor, Sie erfahren über jemand, mit dem Sie seit Jahren gelegentlich etwas in der Freizeit unternehmen, folgendes:

Seit gut einem halben Jahr wirkt Ihre Bekannter, nennen wir ihn einmal Beat Z., verändert. Er hat sich immer mehr von seinen Arbeitskollegen und Freunden zurückgezogen. Er ist allen regelrecht aus dem Weg gegangen. Ist man doch einmal mit ihm ins Gespräch gekommen, so hat es nur noch ein Thema gegeben: Die Frage, ob gewisse Menschen die Gabe hätten, die Gedanken von anderen zu lesen. Er beschäftigte sich mit nichts anderem mehr. Im Unterschied zu früher kümmert er sich nicht mehr um sein Äusseres und wirkte zunehmend ungepflegt. Bei der Arbeit macht er einen zerstreuten Eindruck, macht häufig Fehler. Er hat darum schon zu seinem Chef müssen. Schliesslich ist ihr Bekannter eine ganze Woche lang unentschuldigt nicht zur Arbeit gegangen. Seit er dort wieder aufgetaucht ist, wirkt er ängstlich-gehetzt. Er erzählt, jetzt absolut sicher zu sein, dass Menschen die Gedanken von anderen nicht nur lesen können, sondern sie auch direkt beeinflussen. Er wisse nur nicht, wer seine Gedanken steuern täte. Auch werde er beim Denken ständig unterbrochen. Häufig sei es sogar so, dass er diese Leute auf sich einreden höre, und sie ihm Anweisungen geben. Manchmal täten diese Leute auch miteinander reden und sich über ihn lustig machen. In seiner Wohnung sei es besonders schlimm. Er fühle sich dort richtig bedroht, habe fürchterliche Angst. Er habe darum seit einer Woche nicht mehr daheim übernachtet, sondern sich in Hotelzimmern versteckt und sich kaum mehr auf die Strasse getraut.

Die nachfolgend beschriebenen Fragen zur Akzeptanz von Nebenwirkungen, zu sozialer Distanz und zur Tabuisierung sind direkt auf den in der Vignette beschriebenen Patienten bezogen.

4.1.2.6 Akzeptanz von Nebenwirkungen

Mit den zehn auf Benkert et al. 1995 zurückgehenden Items in diesem Bereich werden die Einstellungen zu bei der Verwendung von Psychopharmaka möglicherweise auftretenden Nebenwirkungen verschiedenen Schweregrades erfragt. Die Nebenwirkungen umfassen Sexualstörungen, Gewichtszunahme, unerwünschte vegetative Begleiterscheinungen wie starkes Schwitzen und trockener Mund, extrapyramidale Dysfunktionen sowie Einflüsse auf die Gestimmtheit der Patienten. Als Antwortmöglichkeiten sind bei diesen dreistufigen Items vorgesehen: sofortiges Absetzen des Medikaments bei Auftreten der Nebenwirkung, Toleranz der Nebenwirkung während zwei bis drei Wochen oder längerfristige Inkaufnahme der Nebenwirkung.

<i>unangenehme Mundtrockenheit</i>	AKNE151
<i>starkes Schwitzen</i>	AKNE152
<i>andauernde Müdigkeit</i>	AKNE153
<i>häufige Sexualstörungen (z.B. Impotenz)</i>	AKNE154
<i>andauernde innere Unruhe</i>	AKNE155
<i>starke Gewichtszunahme</i>	AKNE156
<i>auffallende Bewegungsstörungen (schleppender Gang)</i>	AKNE157
<i>andauernde Lustlosigkeit</i>	AKNE158
<i>Gefahr von Medikamentenabhängigkeit</i>	AKNE159
<i>starkes Zittern</i>	AKNE1510

4.1.2.7 Soziale Distanz

Ursprünglich von Bogardus (1933) entwickelt, wurden die sieben hier verwendeten adaptierten Items für die NF-Studie aus früheren Untersuchungen (Angermeyer & Siara 1994ab; Rössler et al. 1996) übernommen. Auf einer Likertskala mit 5 Punkten (Kontakt-bereitschaft „keinesfalls“ bis „ganz sicher“) wird die Bereitschaft zu Kontakten mit dem in der Fallvignette beschriebenen schizophrenen Patienten in sieben sozialen Situationen eingeschätzt. Die sozialen Situationen reichen dabei von eher peripher (Arbeitskollege, Nachbar) bis sehr intim (Heirat, Kinder beaufsichtigen).

<i>Würden Sie jemanden wie Beat Z. als Arbeitskollegen akzeptieren?</i>	SODI131
<i>Wäre Ihnen jemand wie Beat Z. als Nachbar recht?</i>	SODI132
<i>Würden Sie eine Freundin von Ihnen mit jemandem wie Beat Z. bekannt machen?</i>	SODI133
<i>Wenn einer Ihrer Bekannten eine Arbeitsstelle zu besetzen hätte, würden Sie ihm dann jemanden wie Beat Z. empfehlen?</i>	SODI134
<i>Wenn Sie ein Zimmer zu vermieten hätten, würden Sie jemanden mit psychischen Problemen wie Beat Z. als Untermieter nehmen?</i>	SODI135
<i>Wären Sie damit einverstanden, dass jemand wie Beat Z. in Ihre Familie einheiratet?</i>	SODI136
<i>Würden Sie so jemandem Ihre Kinder für einige Stunden zur Aufsicht anvertrauen?</i>	SODI137

4.1.2.8 Tabuisierung

Hier wird das Ausmass an Geheimhaltung erfasst, zu dem die Allgemeinpraktiker mit Bezug auf die Fallvignette raten. Gefragt wird in diesen acht Items nach dem Ratschlag, welche Menschen aus speziell interessierenden Bereichen (Wohnen, Arbeiten, Freundeskreis) über die in der Vignette aufgeführte Symptomatik informiert werden sollten. Die Antwortmöglichkeiten sind „erzählen“ „vielleicht erzählen“ und „nicht erzählen“.

<i>lockeren Bekannten</i>	GETA161
<i>Nachbarn, mit denen er regelmässig Kontakt hat</i>	GETA162
<i>nahen Familienangehörigen</i>	GETA163
<i>guten Freunden</i>	GETA164
<i>dem Wohnungsvermieter</i>	GETA165
<i>Arbeitskollegen/innen</i>	GETA166
<i>Vorgesetzten</i>	GETA167
<i>dem Personalchef bei einem Vorstellungsgespräch</i>	GETA168

4.1.2.9 Fragen zur Einschätzung der Öffentlichkeit

Neu wurden die Beurteilung von drei Aussagen zur Sensitivität der Öffentlichkeit gegenüber chronisch psychisch Kranken und der Gewichtung präventiver Anliegen im psychiatrischen Bereich in den Fragebogen integriert. Diese stammen aus einer österreichischen Untersuchung (Schöny 1989, S. 78). Die drei Aussagen haben den Informationsstand der Öffentlichkeit bezüglich psychischer Krankheiten, vorbeugender Massnahmen auf diesem Gebiet und des wünschbaren Ausmasses an öffentlicher Aufmerksamkeit für die Probleme der psychisch Kranken zum Inhalt. In der Studie wurden ebenfalls Allgemeinpraktiker befragt, womit ein Vergleich mit der gleichen Berufsgruppe mit einem Nachbarland der Schweiz möglich wird. Übernommen wurde auch die vierstufige Einschätzung von „stimme stark zu“ bis „lehne ganz ab“.

Den psychisch Kranken wird in unserer Gesellschaft viel zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt.

ÖFFENT1

Es wird viel zu wenig getan, um psychischen Störungen vorzubeugen.

ÖFFENT2

Die Allgemeinheit ist viel zu wenig aufgeklärt, um psychische Störungen rechtzeitig zu erkennen.

ÖFFENT3

Abschliessend wurden die Versuchspersonen gefragt, ob sie aus ihrer Praxis und den täglichen Erfahrungen heraus konkrete Massnahmen zur Reduktion von Vorurteilen vorschlagen könnten. Diese Antworten erfolgten in der Form einer freien mündlichen Aussage und wurden stichwortartig während des telefonischen Interviews notiert.

Der gesamte Fragebogen, so wie er für die vorliegende Studie Verwendung fand, ist in Anhang 1 beigegeben.

4.2 Population und Stichproben

4.2.1 Allgemeinpraktiker

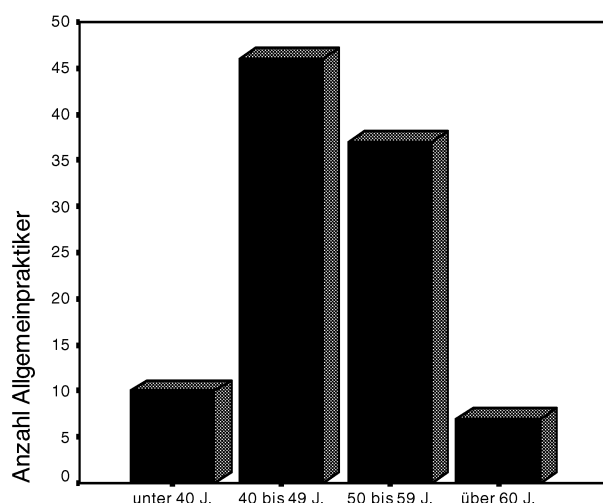
Die Versuchspersonen rekrutierten sich aus der Grundpopulation der ca. 2600 Allgemeinpraktiker der Deutschschweiz. Als Grundgesamtheit gelten alle auf der Telefonbuch-CD 5/99 in der Rubrik „Allgemeinmedizin“ aufgeführten Ärzte aus überwiegend deutsch sprechenden Kantonen in der Schweiz (ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG). So wurden Fachärzte FMH, Allgemeinpraktiker ohne Facharztstitel und auch praktische Ärzte einbezogen. In einem Pretest wurde der zeitliche und administrative Aufwand ermittelt, den es braucht, bis ein gültiger beantworteter Fragebogen vorliegt. Im Bereich von Einstellungsuntersuchungen bei Allgemeinpraktikern der deutschsprachigen Schweiz liegen keine empirischen Studien mit Effektgrössen vor. Es konnte daher von einer mittleren Effektgrösse ausgegangen werden. Bortz (1995, S. 573) zufolge liegt der minimale

Stichprobenumfang für die wichtigsten Signifikanztests bei einem Signifikanzniveau von 5 % und mittlerer Effektgrösse bei $N=87$. Ausgehend von diesem Wert und unter Einbezug der Erfahrungen aus dem Pretest wurde die Anzahl der Versuchspersonen auf 100 festgelegt. Die Zufallsauswahl bestand darin, jede zehnte Adresse der Grundgesamtheit anzuschreiben, bis die benötigten 100 Interviews durchgeführt waren. Im Brief mit dem Logo der psychiatrischen Universitätsklinik Zürich wurde um die Teilnahme an einem „Forschungsprojekt über Einstellungen zu psychiatrischen Themen bei praktizierenden Allgemeinärzten“ gebeten und die baldige Kontaktaufnahme per Telefon angekündigt. Diese briefliche Ankündigung bewährte sich sehr, da die Arztgehilfin der jeweils kontaktierten Praxis den Brief meist präsent hatte und oft schon eine Zusage resp. Absage mit dem Arzt abgesprochen hatte. Absagen wurden meist mit „kein Interesse“ begründet oder mit der unangenehmen Häufung an Anfragen für Telefoninterviews durch kommerzielle Meinungsforschungsinstitute. Bei Zusage wurde der genaue Termin für das Interview vereinbart. Es brauchte 190 telefonische Kontaktaufnahmen bis die erforderlichen 100 Interviews durchgeführt waren, was einer Teilnahmequote von 52.6% entspricht. Angesichts der hohen zeitlichen Belastung vieler Allgemeinpraktiker sowie der von etlichen Ärzten erwähnten sehr hohen Frequenz an Anfragen für Interviews kann diese Beteiligung als gut erachtet werden.

Die Stichprobe umfasst 50 Ärztinnen und 50 Ärzte. Dieses Verhältnis entspricht nicht dem Geschlechterverhältnis in der Grundpopulation (12% Allgemeinmedizinerinnen und 88% Allgemeinmediziner). Das Verhältnis eins zu eins bezüglich der Geschlechter entspricht jedoch der Schweizer Gesamtbevölkerung. Aus Gründen der Vergleichbarkeit ist deshalb dieses Geschlechterverhältnis gewählt worden. Das Verhältnis Stadt zu Land wurde in der Stichprobe der Allgemeinpraktiker ebenfalls demjenigen der deutschsprachigen Gesamtbevölkerung angeglichen, wieder aus Gründen der Vergleichbarkeit. Dabei wurde die Gemeindetypologie des BFS zu Hilfe genommen, bei der 22 Gemeindetypen definiert und zu 9 Haupttypen zusammengefasst sind (Schuler & Joye, 2000). Es wurde auf eine ähnliche Verteilung der beiden Stichproben in den eher ländlichen und eher städtischen Gemeindetypen geachtet. Die Verteilung der Allgemeinpraktiker auf die Gemeindetypen ist in Anhang 6 aufgeführt. Bezüglich der Patientenzahl geben 80% der Allgemeinpraktiker an, durchschnittlich weniger als 5 Personen pro Stunde in ihrer Praxis zu behandeln, 20% geben an, durchschnittlich mehr als 5 Personen pro Stunde zu behandeln. Weiter können sich 29% über Erfahrung in der Psychiatrie ausweisen, wobei diese zwischen 2 Monaten und 36 Monaten liegt, mit einem Mittelwert von 15 Monaten. Persönlichen Kontakt mit psychisch Kranken im Bekanntenkreis bejahen 94% und 61% geben an, dass jemand aus der Familie bei einem Psychologen, Psychotherapeuten oder in einer psychiatrischen Klinik in Behandlung ist oder war.

Die Ärztinnen und Ärzte sind zwischen 35 und 71 Jahre alt. Der Altersdurchschnitt liegt bei rund 49 Jahren.

Abbildung 1: Altersverteilung der Allgemeinpraktiker (kategorisiert) N = 100



4.2.2 Gesamtbevölkerung

Die Grundgesamtheit für den Vergleich der Einstellungen besteht aus allen Einwohnern der überwiegend deutsch sprechenden Kantone in der Schweiz (ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, GL, ZG, SO, BS, BL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG). Die repräsentative Stichprobe aus dieser Grundgesamtheit wurde aus der NF-Studie von Falcato & Rössler (1999) übernommen. Sie besteht aus 791 Personen, nämlich 359 Männern und 432 Frauen und bildete die Vergleichsbasis für die Einstellungsbereiche Gemeindepsychiatrie, Psychopharmaka und Akzeptanz negativer Sanktionen.

Die Teilbereiche Akzeptanz von Nebenwirkungen, soziale Distanz, und Tabuisierung werden in Bezug auf die dargebotene Fallvignette erfragt (Teil 2 des Fragebogens). Die Fallvignette wurde in der NF-Studie variiert (Schizophrenie oder Depression), während in der vorliegenden Untersuchung ausschliesslich die Beschreibung eines Falls von paranoider Schizophrenie verwendet wurde. Diese wurde in der NF-Studie 398 Personen der deutschsprachigen Schweiz vorgelegt. Die Vergleichsbasis in Bezug auf die Einstellungen gegenüber Nebenwirkungen, sozialer Distanz und Tabuisierung ist dieses Subsample von 398 Versuchspersonen. Es ist bezüglich Geschlecht und Alter repräsentativ für die Gesamtstichprobe.

4.3 Durchführung der Befragung

Die Befragung erfolgte wie erwähnt mittels eines standardisierten Telefoninterviews mit brieflicher Vorankündigung. Diekmann (1999) zufolge ist dieses Erhebungsverfahren ebenso ge-

eignet wie ein herkömmliches face-to-face Interview. Die Tendenz, sozial erwünschte Antworten zu geben ist in der anonymeren Situation am Telefon eher weniger gross. Auch der geringere Zeitaufwand sprach für die Verwendung dieser Methode. Da Falcato und Rössler (1999) dieses Vorgehen bei der Befragung der Schweizer Allgemeinbevölkerung gewählt hatten, lag auch aus Gründen der optimalen Vergleichbarkeit der Resultate die Wahl desselben Vorgehens nahe.

Bei einem Pretest im November 1999 wurde das gesamte Prozedere bei der Durchführung der Befragung, die zeitliche Belastung und die Eignung des standardisierten Fragebogens ausgetestet. Die Teilnahmequote in diesem Pretest betrug genau 50 %, das heisst, dass sich aus 30 versendeten Briefen schliesslich 15 durchgeführte Telefoninterviews ergaben. Da sich aus den Rückmeldungen der teilnehmenden Ärzte noch einige Modifikationen des Fragebogens ergaben, wurden die Antworten und Einschätzungen der Ärzte aus dem Pretest nicht zu den Ergebnissen der nachfolgend beschriebenen Hauptbefragung dazugenommen. Die Befragungen erfolgten im Zeitraum von Februar bis August 2000 und wurden alle durch den Untersuchungsleiter durchgeführt. Bei der Durchführung des Interviews stand den Ärzten ein bereits schon dem Brief beigelegtes Hilfsblatt zur Verfügung, auf dem bei komplexeren Fragen die Antwortmöglichkeiten angegeben waren. Ein Interview dauerte durchschnittlich gut 16 Minuten, bei einer Bandbreite von 12 bis 25 Minuten. Nach der Begrüssung und dem Bereitlegen des Hilfsblattes zur Beantwortung wurden die Ärzte darauf hingewiesen, dass einige Fragen wahrscheinlich als nicht sehr differenziert empfunden würden, sie sich jedoch bitte nicht daran stören sollten. Einer der Gründe dafür sei, dass dieselben Fragen Nichtärzten gestellt worden seien. Dieser Hinweis wurde angebracht, weil im Pretest einige Fragen öfter als zu allgemein oder gar als falsch gestellt bezeichnet worden waren. Bemerkungen zu einzelnen Fragen wurden stichwortartig erfasst. Die Antworten selber wurden fortlaufend auf Hilfsblättern für die Datenaufnahme angekreuzt. Diese bildeten die Grundlage der Dateneingabe für die statistische Auswertung.

4.4 Datenaufbereitung

4.4.1 Codierung

Die Daten wurden von den Antwortbogen in das Statistikprogramm SPSS (Statistic Package for the Social Sciences) übertragen. Dieses Programm (Version 10.0.5. für Windows) wurde für die weitere Bearbeitung der Daten verwendet. Die Rohdaten wurden dabei so codiert, dass jeder Antwort eine alphanumerische Variable zugeteilt wurde. Diese Variablen wurden mit einem Label zur Spezifikation ihrer Bedeutung versehen. Die Definitionen von Skalenniveau und Wertebereich konnten dabei aus dem Vergleichsdatensatz der Gesamtbevölkerung (Nationalfonds-Studie von Falcato und Rössler (Lauber et al., 2000a/b; Nordt et al.,

2002) übernommen werden. Die Codierung fehlender Werte erfolgte als „missing system“ (97), „weiss ich nicht / kann ich nicht sagen“ (98) und „keine Antwort / verweigert“ (99).

Zur Aufdeckung und Korrektur von Eingabefehlern wurden sämtliche Eingaben mit den Eintragungen auf den Hilfsblättern zur Datenerhebung rückverglichen. Ausserdem wurden die Häufigkeitsauszählungen auf Plausibilität und auffällig hohe missing values durchgesehen und allfällige Eingabefehler korrigiert.

4.4.2 Skalenbildung

Die Einschätzungen und Aussagen zu den fünf hauptsächlich interessierenden Einstellungsbereichen wurden in Skalen zusammengefasst. Voraussetzung dafür ist, dass die Items, aus denen sich eine Skala zusammensetzt, reliabel sind. Die Reliabilitätsanalyse zeigte die Eindimensionalität oder Homogenität der Items einer Skala auf. Einzelne Items, die mit den anderen einer Skala wenig korrelieren, wurden bei der Skalenbildung weggelassen. Der Reliabilitätskoeffizient (Cronbachs Alpha) ist bei den folgenden fünf Skalen angegeben.

Generell wurden in allen erhobenen Einstellungsbereichen vor der Bildung von Skalen die Variablen daraufhin überprüft, ob sie normalverteilt sind. Diese Überprüfung erfolgte durch Sichtung der Boxplots sowie durch die Beurteilung von Skewness und Kurtosis. Zwecks optimaler Vergleichbarkeit wird der Skalenscore so berechnet, dass derselbe Wertebereich wie in den einzelnen Variablen gilt, das heisst der Skalenscore gibt nicht die Summe, sondern den Mittelwert aller beteiligten Variablen wieder.

Die Items zu Gemeindepsychiatrie, Psychopharmaka und zur sozialen Distanz sind fünfstufig intervallskaliert und wurden mit den Werten 1 = stimmt nicht bis 5 = stimmt sehr resp. für die soziale Distanz 1 = keinesfalls bis 5 = ganz sicher codiert. Diese drei Einstellungsbereiche wurden wie folgt in Skalen zusammengefasst:

- Die **Skala „Positive Einstellung zur Gemeindepsychiatrie“** ist aus 6 der 7 Items gebildet (EINGEP2 bis EINGEP7). EINGEP1 korreliert wenig mit den summierten Items, und der Alpha-Wert verbessert sich durch die Weglassung auf 0.77. Die Aussagen in den Items werden mittels fünf vorgegebenen Antwortkategorien (von „stimmt nicht“ bis „stimmt sehr“) eingeschätzt und können Werte zwischen 1 und 5 annehmen. Die Items 2, 3, 4, 6 und 7 mussten umgepolt werden, da sie negativ im Sinne der Skala formuliert sind. Nach entsprechender Umpolung weist der Wert 1 immer auf negative Einstellungen hin, der Wert 5 auf sehr akzeptierende Einstellungen. Wie erwähnt wurde der Skalenscore als Mittelwert der einbezogenen Variablen berechnet, womit auch beim Skalenscore der Wert 1 für sehr ablehnende, der Wert 5 für sehr befürwortende Einstellungen zu gemeindepsychiatrischen Anliegen steht.

- Die **Skala „Positive Einstellung zu Psychopharmaka“** wurde aus sechs der sieben Items (EIPH081 bis EIPH087) gebildet. EIPH086 wurde bei der Skalenbildung weggelassen, da sich dadurch der Alpha-Wert auf 0.77 verbessert. Auch bei der Bildung dieser Skala wurden die Werte mit 1 Punkt für „stimmt nicht“ bis 5 Punkte für „stimmt sehr“ gesetzt, und die Items EIPH082, EIPH084 und EIPH085 mussten umgepolt werden, da sie negativ im Sinne der Skala formuliert sind. Beim als Mittelwert der beteiligten Variablen berechneten Skalenscore steht also der Wert 1 für sehr ablehnende, der Wert 5 für sehr positive Einstellungen zu Psychopharmaka.

- Für die **Skala „Soziale Distanz“** mussten alle Items umgepolt werden, da die zu bewertenden Aussagen einheitlich im Sinne sozialer Nähe formuliert sind. Der Skalenscore ergibt sich damit aus dem Mittelwert der 7 aufsummierten Variablen und kann Werte annehmen von 1 (geringste soziale Distanz) bis 5 (höchste soziale Distanz).

Bei den verbleibenden zwei Skalen „Akzeptanz von Nebenwirkungen“ und „Geheimhaltung, Tabuisierung“ waren jeweils nicht fünf, sondern nur drei Antwortmöglichkeiten vorgegeben.

- Die **Skala „Akzeptanz von Nebenwirkungen“** weist ein Alpha von 0.78 auf und umfasst alle 10 Items der NF-Studie (AKNE151 bis AKNE1510). Als Antwortmöglichkeiten sind bei diesen dreistufigen Items vorgesehen: sofortiges Absetzen des Medikaments bei Auftreten der Nebenwirkung, Toleranz der Nebenwirkung während zwei bis drei Wochen oder längerfristige Inkaufnahme der Nebenwirkung. Die Antworten auf die Fragen bezüglich der Akzeptanz von Nebenwirkungen wurden so codiert, dass der sofortigen Absetzung eines Medikaments bei einer beschriebenen Nebenwirkung der Wert 1 zugeordnet wurde, dem Beibehalten des Medikaments für zwei bis drei Wochen der Wert 2 und der trotz Nebenwirkung längerfristigen Anwendung des Medikaments der Wert 3. Die Skala der Akzeptanz von Nebenwirkungen setzt sich aus allen 10 Items (AKNE151 bis AKNE1510) zusammen. Es ergaben sich Werte zwischen 1 (geringste Akzeptanz von Nebenwirkungen) und 3 (grösste Akzeptanz von Nebenwirkungen).

- Für die Bildung der **Skala „Geheimhaltung und Tabuisierung“** ergab die Antwort „erzählen“ 1 Punkt, „vielleicht erzählen“ 2 Punkte und die Antwort „nicht erzählen“ 3 Punkte. Es konnten alle 8 Variablen (GETA161 bis GETA168) bei der Bildung der Skala berücksichtigt werden. Der Skalenscore reicht von 1 (geringe Tendenz zu Tabuisierung der beschriebenen Symptomatik) bis 3 (grosse Tendenz zu Geheimhaltung und Tabuisierung).

Damit ergaben sich insgesamt 5 Skalenscores, die als Zusammenfassung der Einzelitems aussagekräftig sind und beim Vergleich der Allgemeinpraktiker mit der Gesamtbevölkerung einbezogen wurden. Tabelle 2 fasst die wichtigen Eckdaten der Skalen zusammen:

Tabelle 2: Bezeichnung und Eigenschaften der 5 Einstellungsskalen

Bezeichnung der Skala	Quelle	Beschreibung und Antworten	Anzahl Items	α
Positive Einstellung zur Gemeindepsychiatrie	Brockington et al. (1993)	Statements zu möglichen Konflikten zwischen gemeindepsychiatrischen Projekten und der Bevölkerung 5-stufige Likertskala von „stimmt nicht“ bis „stimmt sehr“	6	.77
Positive Einstellung zu Psychopharmaka	Angermeyer et al. (1993).	Statements zur Einschätzung des Nutzens von Psychopharmaka 5-stufige Likertskala von „stimmt nicht“ bis „stimmt sehr“	6	.77
Soziale Distanz	Angermeyer & Siara 1994ab	Einschätzung der gewünschten sozialen Distanz in div. Sozialen Situationen 5-stufige Likertskala von „keinesfalls“ bis „ganz sicher“	7	.85
Akzeptanz von Nebenwirkungen	Benkert et al. (1995)	Absetzen oder Beibehalten von Psychopharmaka bei Auftreten verschiedener Nebenwirkungen 1=sofort absetzen 2= 2-3 Wochen einnehmen 3=längerfristig einnehmen	10	.85
Geheimhaltung und Tabuisierung	ZUMA-Handbuch sozialwissenschaftl. Skalen (1983)	Ratschlag ob beschriebene Symptomatik bestimmten Personengruppen mitgeteilt werden soll 1=erzählen 2=vielleicht 3=nicht erzählen	8	.64

4.5 Datenauswertung

4.5.1 Deskriptive univariate Statistik

Zuerst wurden soziodemografische Variablen sowie die Variablen der einzelnen erhobenen Einstellungsbereiche beschreibend dargestellt. Bei den nominalen und ordinalen Variablen wurden die absoluten Häufigkeiten, die relativen Häufigkeiten und die kumulierten Prozentwerte berechnet. Zur Beschreibung der metrischen Variablen wurden neben der Häufigkeitsauszählung Mittelwerte, Standardabweichungen sowie maximale und minimale Werte einbezogen.

4.5.2 Vergleichende bivariate Untersuchungen

Zur Überprüfung der Hypothesen wurden die 5 Skalenscores der beiden Stichproben anhand bivariater Tests auf signifikante Unterschiede geprüft. Sofern sie die Voraussetzungen für Mittelwertsvergleiche erfüllen, wurden diese mittels t - Test nach Student durchgeführt. Die Akzeptanz von Zwangsmassnahmen wurde in nominalskalierten Antwortkategorien erhoben.

Ob sich die beiden Stichproben diesbezüglich unterscheiden wurde durch Chi-Quadrat Kreuztabellen berechnet. Weiter wurden die bivariaten Korrelationen intervenierender Variablen wie Geschlecht und Alter mit den Einstellungen berechnet

Weiter wurde aus der Stichprobe „Gesamtbevölkerung der deutschsprachigen Schweiz“ ein Subsample gebildet, das in Bezug auf Bildungsgrad und Alter der Stichprobe der Allgemeinpraktiker angeglichen wurde. Konkret heisst das, dass in diesem Subsample der Gesamtbevölkerung alle über 34-jährigen Versuchspersonen mit dem Bildungsgrad „Maturitätsschule oder höher“ ausgewählt wurden. Mit den Skalenscores dieses Subsamples wurden ebenfalls die beschriebenen vergleichenden bivariaten Untersuchungen durchgeführt.

4.5.3 Multivariate Regressionsberechnungen

Verschiedene Regressionsmodelle sollen klären, ob die gefundenen Einstellungsunterschiede zwischen den Stichproben „Allgemeinpraktiker“ und „Gesamtbevölkerung“ überwiegend auf spezielle Faktoren zurückzuführen sind (Medizinstudium, häufiger Kontakt mit psychisch Kranken in der Praxis, hoher Informationsstand in psychiatrisch relevanten Belangen, Erfahrung in der Anwendung von Psychopharmakatherapie), oder ob andere Verschiedenheiten der Stichproben, vor allem Altersstruktur und Bildungsgrad eine bedeutende Rolle spielen. Die Regressionsmodelle sollen Aufschluss darüber geben, wie hoch der Anteil der Varianz ist, der durch die Prädiktorvariablen geklärt wird und wie stark allfällige signifikante Zusammenhänge sind. Es wurden eine einfache und eine multiple Regression gerechnet um diese Fragen zu beantworten. Prädiktorvariablen und Kriteriumsvariablen der berechneten Regressionen lassen sich folgendermassen zusammenfassen:

Tabelle 3: Regressionsmodelle

Prädiktorvariablen		Kriteriumsvariablen
Modell 1	Stichprobenzugehörigkeit	Positive Einstellungen zur Gemeindepsychiatrie
Modell 2	Stichprobenzugehörigkeit Bildungsgrad Alter	Positive Einstellungen zu Psychopharmaka Akzeptanz von Nebenwirkungen Soziale Distanz

5 Ergebnisse

Zuerst werden die Einstellungen der Ärztinnen und Ärzte in den folgenden Bereichen wiedergegeben: Gemeindepsychiatrie, Psychopharmaka, negative Sanktionen, soziale Distanz, Nebenwirkungen, Tabuisierung und Informationsstand der Öffentlichkeit. Hier finden sich auch die Ergebnisse zum Einfluss von Confounder-Variablen auf diese Einstellungen. Im zweiten Teil werden die Ergebnisse des Vergleichs dieser Einstellungen mit denjenigen der Bevölkerung der Deutschschweiz wiedergegeben. Weiter werden die Ergebnisse des Vergleichs der Allgemeinpraktiker mit einem bezüglich Bildungsniveau und Alter angeglichenen Subsample aus der Gesamtbevölkerung aufgeführt. Im dritten Unterkapitel werden die Ergebnisse verschiedener Regressionsmodelle aufgeführt, die darüber Aufschluss geben, in welchem Ausmass die gefundenen signifikanten Unterschiede auf die Stichprobenzugehörigkeit zurückgeführt werden können und wie der Einfluss von Alter, Geschlechtszugehörigkeit und Bildung zu gewichten ist.

5.1 Einstellungen der Allgemeinpraktiker

5.1.1 Einstellung zur Gemeindepsychiatrie

Tabelle 4: Übersicht über die relativen Häufigkeiten der Antworten der Items 1-7 betreffend Einstellung zur Gemeindepsychiatrie (N=100, häufigste Antwort jeweils fett gedruckt)

	stimmt nicht %	stimmt wenig %	stimmt mittel %	stimmt ziemlich %	stimmt sehr %
Item 1: „Die Anwohner haben nichts zu befürchten vor Leuten, die in ihrem Quartier in eine Werkstatt für psychisch Kranke zur Arbeit gehen.“	0	1	5	17	77
Item 2: „Die Vorstellung, dass psychisch Kranke in meiner Nachbarschaft wohnen, finde ich beängstigend.“	86	8	4	2	0
Item 3: „Als Anwohner gibt es gute Gründe, sich gegen die Eröffnung von einem Heim für psychisch Kranke in der Nachbarschaft zu wehren.“	80	15	3	2	0
Item 4: „Einrichtungen für psychisch Kranke sollten ausserhalb von den Wohngebieten sein.“	93	4	1	2	0
Item 5: „Wenn in einer Gemeinde der Bedarf nach einer Einrichtung für psychisch Kranke besteht, sollten die Anwohner das akzeptieren.“	0	2	5	14	79
Item 6: „Einrichtungen für psychisch Kranke sind eine Gefährdung für die Nachbarschaft.“	85	13	1	1	0
Item 7: „Die Attraktivität einer Wohngegend sinkt, wenn es dort Einrichtungen für psychisch Kranke gibt.“	61	18	12	8	1

Auffallend ist der hohe prozentuale Anteil an Antworten, in denen eine grosse Eindeutigkeit und Sicherheit der Einschätzungen zum Ausdruck kommen. Die eindeutigen Antworten "stimmt sehr" resp. "stimmt nicht" werden bei der Einschätzung aller 7 Statements am häufigsten gegeben, bei den Items 1 bis 6 von über 75%. Die Aussage, wonach die Attraktivität einer Wohngegend durch Einrichtungen für psychisch Kranke beeinträchtigt werde (Item 7) wird mit 61% "stimmt nicht" etwas weniger eindeutig abgelehnt. Praktisch einhellig sind sich die Ärzte einig, dass Einrichtungen für psychisch Kranke in Wohngebiete gehören, und sie sind sich auch sicher, dass von psychisch Kranken keine Gefahr ausgeht.

5.1.2 Einstellung zu Psychopharmaka

Tabelle 5: Übersicht über die relativen Häufigkeiten der Antworten der Items 1-7 betreffend Einstellung zur Psychopharmaka (häufigste Antwort jeweils fett gedruckt)

	stimmt nicht %	stimmt wenig %	stimmt mittel %	stimmt ziemlich %	stimmt sehr %
Item 1: „Medikamente, wie sie in der Psychiatrie gebraucht werden, sind die wirksamsten Mittel zur Behandlung psychischer Krankheiten.“ (N=99)	7.1	4	33.3	29.3	26.3
Item 2: „Bei Medikamenten, wie sie in der Psychiatrie gebraucht werden, ist die Gefahr gross, dass man davon süchtig wird.“ (N=100)	45	35	12	3	5
Item 3: „Der Nutzen der Behandlung mit solchen Medikamenten ist viel grösser als die damit verbundenen Risiken.“ (N=100)	1	0	13	36	50
Item 4: „Mit Medikamenten, wie sie in der Psychiatrie gebraucht werden, kann man Patienten nur ruhig stellen.“ (N=99)	68.7	19.2	6.1	5.1	1
Item 5: „Solche Medikamente machen einem am Ende noch kränker als man ohnehin schon ist.“ (N=100)	69	23	7	0	1
Item 6: „Oft sind psychisch Kranke für ihre Angehörigen nur dank solchen Medikamenten erträglich.“ (N=99)	3	1	17.2	40.4	38.4
Item 7: „Seit es diese Medikamente gibt, können die Patienten eine psychiatrische Klinik oft viel früher wieder verlassen.“ (N=99)	0	0	0	24.2	75.8

Wenn die Einschätzungen "stimmt nicht" und "stimmt wenig" als klare Ablehnung einer Feststellung zusammengefasst werden, zeigt sich, dass mindestens 80% der Allgemeinpraktiker das Suchtpotential von Psychopharmaka als vernachlässigbar einschätzen und Pauschalierungen von der Art, dass Psychopharmaka vorwiegend zur Sedierung von Patienten dienen oder die Patienten ohne den Einsatz von Psychopharmaka gesunder wären, klar zurückweisen. Ebenso eindeutig wird ausgesagt, dass der Nutzen von Psychopharmaka die mit dem Einsatz verbundenen Risiken überwiegt (86%) und auch, dass oft nur dank solchen

Medikamenten psychisch Kranke für die Angehörigen erträglich seien (78.8%). Alle Ärzte stimmen überein, dass die Behandlung durch Psychopharmaka oft zu einer früheren Entlassung aus stationärer Behandlung führt.

In all diesen Antworten kommt die Wertschätzung der Ärzte für die Behandlungsmöglichkeit mit Psychopharmaka zum Ausdruck. Die Hälfte der Befragten stuft die Pharmakotherapie denn auch als wirksamste Behandlung psychischer Krankheiten ein.

5.1.3 Akzeptanz negativer Sanktionen

Tabelle 6: Häufigkeitsverteilung zur Akzeptanz negativer Sanktionen (N=100, in Prozenten)

	Ja %	Nein %	Weiss nicht %
Zwangseinweisung	100	0	0
Abtreibung	1	92	7
Aberkennung Stimmrecht	3	96	1
Fahrausweisentzug	24	68	8

Alle befragten Allgemeinpraktiker sind sich einig darin, dass eine Zwangseinweisung durch fürsorgereischen Freiheitsentzug unter Umständen möglich sein muss. Die Aussage, dass eine schwangere Frau, die einmal ernsthaft psychisch krank gewesen ist, abtreiben müsse, findet nur einen Befürworter. Für ebenfalls 96 % ist die Beibehaltung des Stimmrechts bei psychischer Krankheit selbstverständlich. Bei der Beurteilung eines generellen Fahrausweisentzugs bei bestehender psychischer Krankheit sind die Stellungnahmen weniger eindeutig.

5.1.4 Soziale Distanz

Mit zunehmender Nähe und Intimität der beschriebenen sozialen Situationen vergrößert sich die soziale Distanz tendenziell. Auffällig ist, dass die Befragten bei allen aufgeführten sozialen Situationen mit Ausnahme der Heirat die ganz sichere Akzeptanz als häufigste Einschätzung wählten. Die Antwortkategorie „keinesfalls“, die eine klare soziale Distanz signalisiert, wurde hingegen durchgehend sehr selten gewählt. In Bezug auf das Einverständnis mit der Einheirat in die eigene Familie gaben viele Ärzte bei der Befragung an, dass sie es schwierig fänden, sich in eine so private Entscheidung ihrer Kinder einzumischen.

Als Arbeitskollege akzeptiert würde der Psychosekranke von 83% der Allgemeinpraktiker, sogar 97% hätten bezüglich Nachbarschaft keine Bedenken. Je gut 30% wären gegen seine

Einheirat in die eigene Familie und würden ihm auch keine Kinder zur Aufsicht anvertrauen. Der Betrachtung der Mittelwerte (1 geringste soziale Distanz bis 5 grösste soziale Distanz) ist zusammenfassend zu entnehmen, dass alle im akzeptierenden Bereich liegen, wenn auch mit einer relativ grossen Streuung von Nachbar (1.25) bis Einheirat (2.83) Der Skalenscore „soziale Distanz“ beträgt 2.07.

Tabelle 7: Übersicht über die relativen Häufigkeiten der Antworten betreffend sozialer Distanz (N=100, fett gedruckt jeweils die häufigste Antwort)

Akzeptanz	Keinesfalls %	Wahrsch. nicht %	Vielleicht %	Ziemlich wahrsch. %	Ganz sicher %
Arbeitskollege (N=100)	2	5	10	24	59
Nachbar (N=100)	0	1	2	18	79
Bekanntmachen (N=100)	3	3	7	15	72
Empf. Arbeitsstelle (N=100)	4	13	30	23	30
Untermieter (N=100)	4	11	27	26	32
Heirat (N=89)	6.7	24.7	33.7	14.6	20.2
Kinder anvertrauen (N=99)	13.1	17.2	24.2	16.2	29.3

5.1.5 Akzeptanz von Nebenwirkungen

In Bezug auf das Auftreten von zehn bekannten Nebenwirkungen wurde die Reaktion der Allgemeinpraktiker erfragt. Zur Auswahl standen die sofortige Absetzung des Medikaments, oder die Empfehlung, eine Nebenwirkung entweder zwei bis drei Wochen oder längerfristig in Kauf zu nehmen. Die sofortige Absetzung eines Medikaments wurde nur einmal als häufigste Antwort gewählt, nämlich beim Auftreten von auffallenden Bewegungsstörungen. Etwa jeder zweite Hausarzt würde bei auffallenden Bewegungsstörungen wie etwa einem schleppenden Gang die sofortige Absetzung des Medikaments ins Auge fassen.

Unangenehme Mundtrockenheit muss nach Ansicht von über 80% der Hausärzte längerfristig in Kauf genommen werden, ebenso starkes Schwitzen (60%). Fast die Hälfte ordnete auch starke Gewichtszunahme dieser Kategorie zu.

Von vielen Hausärzten wurde angemerkt, dass bei den in der Fallvignette beschriebenen Symptomen höchstwahrscheinlich Neuroleptika verordnet worden seien. Von diesen gehe aber keinerlei Suchtgefahr aus, deshalb sei die diesbezügliche Frage laienhaft und unsinnig. Beinahe 70% ordneten Gefahr von Medikamentenabhängigkeit denn auch den längerfristig in Kauf zu nehmenden Nebenwirkungen zu, und 12 verweigerten die Beantwortung dieser Frage, was zu dem geringen N von 88 führte.

Tabelle 8: Übersicht über die relativen Häufigkeiten der Antworten betreffend der Akzeptanz von Nebenwirkungen (fett gedruckt jeweils die häufigste Antwort)

Nebenwirkung	Sofort absetzen %	2-3 Wochen %	Längerfristig %
Unangenehme Mundtrockenheit (N=99)	2	15,2	82.8
Starkes Schwitzen (N=99)	3	38.4	58.6
Andauernde Müdigkeit N=(N=99)	5.1	54.5	40.4
Häufige Sexualstörungen (N=97)	4.1	52.6	43.3
Andauernde innere Unruhe (N=99)	43.4	45.5	11.1
Starke Gewichtszunahme (N=97)	9.3	41.2	49.5
Auffallende Bewegungsstörungen (N=99)	48.5	40.4	11.1
Andauernde Lustlosigkeit (N=98)	24.5	60.2	15.3
Gefahr Medikamentenabhängigkeit (N=88)	22.7	9.1	68.2
Starkes Zittern (N=98)	33.7	54.1	12.2

5.1.6 Tabuisierung

Tabelle 9: Übersicht über die relativen Häufigkeiten der Antworten betreffend Tabuisierung (N=100, fett gedruckt jeweils die häufigste Antwort)

Wem finden Sie, sollte Beat Z. von seinen psychischen Problemen erzählen und wem nicht?	Erzählen %	Nicht erzählen %	Vielleicht, kommt drauf an %
Lockeren Bekannten	5	73	22
Nachbarn, mit denen er regelmässig Kontakt hat	62	6	32
Nahen Familienangehörigen	92	2	6
Guten Freunden	93	2	5
Wohnungsvermieter	10	66	24
Arbeitskolleg/innen	17	37	46
Vorgesetzten	55	17	28
Personalchef bei Vorstellungsgespräch	51	34	15

Auffallend ist, dass die unentschiedene Antwort "vielleicht, kommt drauf an" nur in Bezug auf Arbeitskolleg/innen als häufigste Antwort gegeben wird. Alle anderen Einschätzungen werden am häufigsten in den klaren Kategorien "erzählen" oder "nicht erzählen" vorgenommen. 73% der Ärzte raten davon ab, lockeren Bekannten von den psychischen Problemen zu er-

zählen. Zwei Drittel aller Ärzte raten auch davon ab, den Wohnungsvermieter zu informieren. Bei diesen beiden Personengruppen war also eine Mehrheit der Ärzte dagegen, sie ins Vertrauen zu ziehen. Am unschlüssigsten waren sich die Ärzte bezüglich der Frage, ob Arbeitskollegen informiert werden sollten. Der häufigste Ratschlag war „vielleicht, kommt drauf an“. Weitaus am eindeutigsten ist die Zustimmung zum Erzählen bei den Familienangehörigen (92%) und guten Freunden (93%). Sehr uneinig sind sich die Ärzte darüber, ob der Personalchef gleich schon bei einem Vorstellungsgespräch informiert werden sollte. Hier halten sich – bei einer relativ kleinen Quote von „vielleicht“ Antworten – die klaren Stellungnahmen für oder gegen das Erzählen am ehesten die Waage.

5.1.7 Einschätzung der Öffentlichkeit

Tabelle 10: Übersicht über die relativen Häufigkeit der Antworten betreffend der Öffentlichkeitsfragen (N=100, fett gedruckt die jeweils häufigste Antwort)

	Stimme stark zu %	Stimme eher zu %	Lehne eher ab %	Lehne ganz ab %
Den psychisch Kranken wird in unserer Gesellschaft viel zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt (N=98)	29.6	34.7	30.6	5.1
Es wird viel zu wenig getan, um psychischen Störungen vorzubeugen (N=99)	33.3	34.3	23.2	9.1
Die Allgemeinheit ist viel zu wenig aufgeklärt, um psychische Störungen rechtzeitig zu erkennen (N=100)	46	36	10	8

Auf alle 3 Fragen wird eher zustimmend reagiert. Am meisten Zustimmung findet mit 82% die Aussage, dass die Allgemeinheit viel zu wenig aufgeklärt sei, und darum psychische Störungen zu spät erkannt würden. Nur 8 Ärzte lehnen diese Aussage als vollständig falsch ab.

67% finden, dass mehr getan werden sollte im Bereich der Prävention psychischer Störungen und 63% stimmen zu, dass psychisch Kranken in unserer Gesellschaft zu wenig Aufmerksamkeit zuteil wird. Jeweils etwa ein Drittel findet demnach, dass die Öffentlichkeit den psychisch Kranken genügend Aufmerksamkeit zuwendet und auch bezüglich vorbeugender Massnahmen kein Handlungsbedarf besteht.

5.1.8 Bivariate Analyse mit Confounder-Variablen

Nachfolgend werden für die Population der Ärzte alle signifikanten Zusammenhänge der soziodemografischen Variablen Alter, Geschlecht und Stadt oder Land sowie des Persönlichkeitsmerkmals Anomie auf die Einstellungsvariablen wiedergegeben. Ebenfalls getestet wurde der Einfluss der Variablen „Kontakt mit psychisch Kranken“, „durchschnittliche Anzahl Patienten pro Stunde“ und „Erfahrung in der Psychiatrie“, für die jedoch keine signifikanten Zusammenhänge mit Einstellungsvariablen nachgewiesen werden konnten.

5.1.8.1 Geschlecht

Der Skalenscore „Geheimhaltung, Tabuisierung“ korreliert signifikant mit Geschlecht ($r=.31$ $p<.001$). Das bedeutet konkret, dass Allgemeinpraktikerinnen generell eher dazu raten, die beschriebenen Symptome einer schizophrenen Episode zu verschweigen als ihre männlichen Kollegen. Dies trifft zu in Bezug auf nahe Familienangehörige ($r=.28$ $p<.01$), Arbeitskollegen ($r=.12$ $p<.05$), Vorgesetzte ($r=.211$ $p<.05$) und in der Situation des Vorstellungsgesprächs ($r=.25$ $p<.05$). Ein weiterer geschlechtsspezifischer Zusammenhang betrifft die Aussage, dass Einrichtungen für psychisch Kranke ausserhalb von Wohngebieten sein sollten. Allgemeinpraktikerinnen lehnen diese Aussage entschiedener ab als ihre männlichen Kollegen ($r=-.20$ $p<.05$). Ärztinnen sind auch skeptischer als Ärzte in Bezug auf die Aussage, dass Psychopharmaka die wirksamsten Mittel zur Bekämpfung psychischer Krankheiten seien ($r=-.23$ $p<.05$). Ärztinnen stimmen der Aussage, wonach viel zu wenig getan wird um psychischen Krankheiten vorzubeugen entschiedener zu als Ärzte, die entsprechende Korrelation ist recht hoch ($r=-.32$ $p<.01$). Verglichen mit ihren männlichen Kollegen tendieren Allgemeinpraktikerinnen eher dazu, weniger als 5 Patienten pro Stunde zu behandeln ($r=-.30$ $p<.01$).

5.1.8.2 Alter

Alter und positive Einstellungen zur Gemeindpsychiatrie korrelieren signifikant ($r=.23$ $p<.05$). Alter korreliert negativ mit der Zustimmung zur Aussage, wonach die Attraktivität eines Wohngebietes sinke, wenn es dort Einrichtungen für psychisch Kranke gebe ($r=-.31$ $p<.01$). Das Alter spielt auch eine signifikante Rolle bei der Beurteilung der Frage, ob das Einverständnis zur Einheirat eines psychisch Kranken in die Familie gegeben würde. Die Korrelation ($r=-.26$ $p<.05$) besagt, dass ältere Allgemeinpraktiker sich eher gegen eine solche Heirat stellen würden. Ältere Allgemeinpraktiker haben eher praktische Erfahrungen in der Psychiatrie gesammelt als ihre jüngeren Kollegen ($r=.22$ $p<.05$).

Ein Ergebnis betrifft die negative Korrelation von Alter und Kontakt im Bekanntenkreis ($r=-.40$ $p<.001$). Zwar sagten 94 Ärzte, dass sie in ihrem Bekanntenkreis psychisch Kranke haben, aber 5 der 6 Ärzte, die angaben, in ihrem Bekanntenkreis keine psychisch Kranken zu haben waren über 55 Jahre alt.

5.1.8.3 Stadt und Land

Auf dem Land praktizierende Allgemeinpraktiker haben signifikant tiefere Werte im Skalenscore „soziale Distanz“ ($r=-.28$ $p<.005$). Sie akzeptieren einen psychisch Kranken wie den in der Vignette beschriebenen Beat Z. eher als Arbeitskollegen ($r=-.23$ $p<.05$), als Untermieter ($r=-.20$ $p<.05$) und würden ihn auch eher für eine Stelle empfehlen ($r=-.28$ $p<.005$), als ein in der Stadt tätiger Arzt.

5.1.8.4 Anomie

Allgemeinpraktiker, die beim Persönlichkeitsmerkmal „Anomie“ einen hohen Skalenscore aufweisen tendieren dazu, die Aussage „Es wird zu wenig getan um psychischen Störungen vorzubeugen“ abzulehnen ($r=-.30$ $p<.01$). Auch sind sie weniger dazu bereit, den beschriebenen Schizophrenen jemandem aus ihrem Bekanntenkreis vorzustellen ($r=-.27$ $p<.01$) oder als Nachbar zu akzeptieren ($r=-.26$ $p<.05$).

Weitere signifikante Korrelationen mit Skalenscores oder Einzelitems traten nicht auf.

5.2 Ergebnisse zum Vergleich zwischen Gesamtbevölkerung und Allgemeinpraktikern

5.2.1 Überprüfung der Einstellungsunterschiede bezüglich Gemeindepsychiatrie

Hier ging es darum, zu überprüfen, ob sich die Unterschiede in den Einstellungen zu gemeindepsychiatrischen Einrichtungen in der vermuteten Richtung bestätigen, die Allgemeinpraktiker also gemeindepsychiatrischen Projekten akzeptierender und vorurteilsfreier gegenüberstehen als die Gesamtbevölkerung.

Tabelle 11: Resultate des Mittelwertvergleichs Allgemeinpraktiker Gesamtbevölkerung bezüglich der Akzeptanz von gemeindepsychiatrischen Einrichtungen

Item	Gruppe	N	Mittelwert	Standard- abweichung	t Wert	
Man muss nichts befürchten	Allgemeinprakt.	100	4.70	0.61	7.02	***
	Gesamtbev.	788	3.80	1.26		
Vorstellung ist beängstigend	Allgemeinprakt.	100	1.22	0.61	-4.87	***
	Gesamtbev.	789	1.71	0.98		
Gute Gründe gegen Eröffnung Klinik	Allgemeinprakt.	100	1.27	0.62	-5.65	***
	Gesamtbev.	789	1.87	1.03		
Einricht. ausserhalb Wohnge- bieten	Allgemeinprakt.	100	1.12	.50	-6.08	***
	Gesamtbev.	787	1.82	1.13		
Akzeptanz Bau einer Einrichtung	Allgemeinprakt.	100	4.70	.66	5.03	***
	Gesamtbev.	789	4.22	.92		
Einricht. sind eine Gefährdung	Allgemeinprakt.	89	1.18	.48	-4.28	***
	Gesamtbev.	789	1.55	.84		
Attraktivität sinkt	Allgemeinprakt.	99	1.70	1.03	-4.57	***
	Gesamtbev.	787	2.30	1.25		
Skalenscore „Positive Einstellung zu Gemeindepsychiatrie.	Allgemeinprakt.	100	4.70	.41	7.55	***
	Gesamtbev.	779	4.19	.65		

*** = $p < 0.001$

Wie aus der Tabelle 11 ersichtlich, konnte die Hypothese grösserer Akzeptanz gemeindepsychiatrischer Anliegen durch Allgemeinpraktiker mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p < .001$ bestätigt werden, und zwar sowohl auf der Ebene der einzelnen Items, als auch in Bezug auf den zusammenfassenden Skalenscore „Positive Einstellungen zur Gemeindepsychiatrie“.

Nicht nur in Bezug auf die Mittelwertunterschiede sind die gefundenen Unterschiede eindeutig. Der Vergleich der relativen Häufigkeiten der einzelnen Einschätzungen (siehe Anhang 2) macht deutlich, dass die Allgemeinpraktiker sicherer urteilen und viel häufiger zu den eindeutigen und klaren Stellungnahmen „stimmt sehr“ (bei positiven Statements) oder „stimmt nicht“ (bei negativen Statements) greifen.

5.2.2 Überprüfung der Einstellungsunterschiede bezüglich Psychopharmaka

Auf der Skala "Positive Einstellung zu Psychopharmaka" (Werte zwischen 1 und 5) erreichen die Allgemeinpraktiker einen Wert von 4.32, die Bevölkerung in der deutschen Schweiz liegt

bei 3.15. Auch bezüglich Psychopharmaka zeigt sich also eine signifikant positivere Einstellung der Ärzte.

Tabelle 12: Resultate des Mittelwertvergleichs Allgemeinpraktiker/Gesamtbevölkerung bezüglich der Einschätzung von Psychopharmaka

Item	Gruppe	N	Mittelwert	Standard- abweichung	t Wert	
Medikamente wirksamste Mittel	Allgemeinprakt.	99	3.64	1.13	4.58	***
	Gesamtbev.	752	3.10	1.09		
Gefahr der Sucht	Allgemeinprakt.	100	1.88	1.07	-14.46	***
	Gesamtbev.	762	3.54	1.08		
Nutzen ist grösser als Risiko	Allgemeinprakt.	100	4.34	0.78	9.58	***
	Gesamtbev.	760	3.39	0.95		
Medikamente sind nur für Ruhigstellung geeignet	Allgemeinprakt.	99	1.51	.90	-11.48	***
	Gesamtbev.	769	2.98	1.24		
Medikamente machen noch kränker	Allgemeinprakt.	100	1.41	0.71	-11.22	***
	Gesamtbev.	760	2.75	1.17		
Kranke sind nur dank Medikamenten erträglich	Allgemeinprakt.	99	4.10	0.93	4.80	***
	Gesamtbev.	778	3.62	0.94		
Frühere Entlassungen	Allgemeinprakt.	99	4.76	0.43	10.73	***
	Gesamtbev.	759	3.69	0.98		
Skalenscore Positive Einstellungen zu Psychopharmaka	Allgemeinprakt.	97	4.32	.56	16.24	***
	Gesamtbev.	687	3.16	.69		

*** = $p < 0.001$

Die gefundenen Unterschiede sind sehr gross (siehe Tabelle mit relativen Häufigkeiten im Anhang 3). Sie sind auch für sämtliche Einzelitems signifikant. In Bezug auf die einzelnen Items ist auffällig, dass die Beurteilung der Suchtgefahr, die von Psychopharmaka ausgeht, extrem unterschiedlich ausfällt. Während 80% der Ärzte die Aussage, bei der Verwendung von Psychopharmaka sei die Suchtgefahr gross mit "stimmt nicht" oder "stimmt wenig" ablehnen, beträgt dieser Anteil in der Gesamtbevölkerung nur gerade 17.8%. Auch die Einschätzung des Verhältnisses von Nutzen und Risiko bei der Verwendung von Psychopharmaka zeigt grosse Unterschiede zwischen Ärzten und der Gesamtbevölkerung. Genau die Hälfte der Ärzteschaft schätzt den Nutzen entschieden höher ein als das Risiko, eine Ansicht, die nur von 12.1% der Gesamtbevölkerung geteilt wird. 87.9% der ÄrztInnen finden nicht ("stimmt nicht" oder "stimmt wenig"), dass die einzige Funktion der Psychopharmaka die Ruhigstellung der Patienten sei, während nur 35.2% der Gesamtbevölkerung dies ebenso deutlich verneinen. Dass Psychopharmaka gar die Krankheit verschlimmern anstatt

sie zu erleichtern oder zu heilen wird von 69% der ÄrztInnen als klar falsch ("stimmt nicht") eingeschätzt, während nur gerade 15% der Gesamtbevölkerung diese Meinung teilen und über ein Viertel glauben, dass das ziemlich oder sehr zutreffe.

5.2.3 Überprüfung der Unterschiede bei der Akzeptanz von Zwangsmassnahmen

Tabelle 13: Relative Häufigkeiten bei der Einschätzung von Sanktionen durch Allgemeinpraktiker (N=100) und Gesamtbevölkerung (N=791)

	Ja		Nein		Weiss nicht		χ	p
	AP %	GB %	AP %	GB %	AP %	GB %		
Zwangseinweisung	100	68.1	0	29.7	0	2.2	44.5	.001
Abtreibung	1	26.3	92	59.7	7	14	42.2	.001
Aberkennung Stimmrecht	3	18.8	96	79.7	1	1.5	16.0	.001
Fahrausweisentzug	24	59.7	68	31.6	8	8.7	53.4	.001

Auffällig ist, dass für die Sanktionen Abtreibung, Fahrausweisentzug und Aberkennung Stimmrecht die Zustimmung der Bevölkerung zu diesen Sanktionen eindeutig und höher ist als jene der Allgemeinpraktiker. Bei der Einschätzung der Zwangseinweisung hingegen dreht sich dieses Bild um, die Möglichkeit von Zwangseinweisungen wird ausnahmslos von allen befragten Ärzten befürwortet, jedoch von fast 30% der Bevölkerung abgelehnt.

Die Stichprobenunterschiede der Häufigkeitsverteilungen wurden mit dem Chi-Quadrat Test überprüft. Wie die Tabelle 13 zeigt, sind die gefundenen Unterschiede zwischen Allgemeinpraktikern und der Gesamtbevölkerung in der Akzeptanz von Sanktionen alle mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p < .001$ signifikant.

5.2.4 Überprüfung der Unterschiede in sozialer Distanz

Die Hypothese in Bezug auf den Unterschied der gewünschten sozialen Distanz zum vorgestellten Fallbeispiel „Schizophrenie“ lautete wie folgt: „Allgemeinpraktiker zeigen eine geringere soziale Distanz zum beschriebenen Fall als die Gesamtbevölkerung.“ Die Hypothese konnte sowohl auf der Ebene der einzelnen Items, also konkreter sozialer Situationen, als auch im Hinblick auf den Skalenscore klar bestätigt werden.

Die Werte der einzelnen Items wurden so berechnet, dass die Antwort „keinesfalls akzeptiert“ 5 Punkte ergab, die Antwort „ganz sicher akzeptiert“ 1 Punkt. Um eine einheitliche Darstellung zu gewährleisten, entspricht der Skalenscore dem Durchschnitt der Itemwerte.

Tabelle 14: Resultate des Mittelwertvergleichs Allgemeinpraktiker/Gesamtbevölkerung der Items „soziale Distanz“

Item	Gruppe	N	Mittelwert	Standard- abweichung	t Wert	Sign.
Arbeitskollege	Allgemeinprakt.	100	1.67	0.99	-4.00	***
	Gesamtbev.	395	2.11	0.93		
Nachbar	Allgemeinprakt.	100	1.25	0.53	-14.00	***
	Gesamtbev.	397	2.26	0.95		
Bekanntm. Freundin	Allgemeinprakt.	100	1.50	0.97	-11.00	***
	Gesamtbev.	395	2.76	1.20		
Empf. Arbeitsstelle	Allgemeinprakt.	100	2.38	1.16	-5.19	***
	Gesamtbev.	397	3.04	1.06		
Untermieter	Allgemeinprakt.	100	2.29	1.15	-7.25	***
	Gesamtbev.	398	3.21	1.07		
Einheirat	Allgemeinprakt.	89	2.83	1.21	-2.87	**
	Gesamtbev.	380	3.23	1.08		
Anvertr. Kinder	Allgemeinprakt.	99	2.69	1.40	-7.37	***
	Gesamtbev.	398	3.79	1.03		
Skalenscore Soz.Dist.	Allgemeinprakt.	88	2.07	4.95	-9.80	***
	Gesamtbev.	396	2.91	5.25		

*** = $p < 0.001$, ** = $p < 0.01$

Mit einem Mittelwertsunterschied von .4 ist der Unterschied bei der Frage, ob die Einheirat eines Menschen mit Schizophrenie in die Familie akzeptiert würde am wenigsten ausgeprägt, jedoch ebenfalls auf dem Niveau $p < .01$ signifikant. Auffallend ist, dass diese Frage von 11 Ärzten nicht beantwortet wurde

Im Vergleich der relativen Häufigkeiten der Antworten (siehe Anhang 5) fällt auf, dass sich die Allgemeinpraktiker in ihrer Antwort sicherer sind und die Kategorie „ganz sicher“ durchgehend häufiger wählen als die Gesamtbevölkerung. Die Unterschiede in den Einstellungen sind bemerkenswert deutlich: So sind sich beispielsweise nur knapp 2% der Gesamtbevölkerung ganz sicher, dass sie einem Menschen wie Beat Z. die eigenen Kinder zur Aufsicht anvertrauen würden, jedoch beinahe 30% der Allgemeinpraktiker hätten diesbezüglich keine Bedenken. Dies gilt auch für das weitere soziale Umfeld: Während nur einem Viertel der Gesamtbevölkerung Beat. Z. ganz sicher als Nachbar recht wäre, sind es bei den Allgemeinpraktikern 80 %.

5.2.5 Überprüfung der Unterschiede bei der Einschätzung von Nebenwirkungen

In Bezug auf sämtliche Nebenwirkungen raten Allgemeinpraktiker seltener als die Gesamtbevölkerung dazu, ein Medikament sofort abzusetzen. Ebenso sind die Ärzte durchgehend häufiger der Ansicht, ein Medikament sei trotz der beschriebenen Nebenwirkungen auch längerfristig einzunehmen. Die Unterschiede gehen damit einhellig in die gleiche Richtung, sind jedoch unterschiedlich ausgeprägt. Tabelle 15 führt die relativen Häufigkeiten der konkreten Ansichten beider Bevölkerungsgruppen auf, wie lange eine bestimmte Nebenwirkung in Kauf genommen werden sollte.

Tabelle 15: Relative Häufigkeiten der Antworten von Allgemeinpraktikern und Gesamtbevölkerung bezüglich der Akzeptanz von Nebenwirkungen.

	Sofort absetzen		2-3 Wochen beibehalten		längerfristig beibehalten	
	AP %	GB %	AP %	GB %	AP %	GB %
Unangenehme Mundtrockenheit N=99 (AP) 394 (GB)	2	18.3	15,2	49.5	82.8	32.2
Starkes Schwitzen N=99 (AP) 395 (GB)	3	26.1	38.4	50.1	58.6	23.8
Andauernde Müdigkeit N=99 (AP) 394 (GB)	5.1	24.4	54.5	56.9	40.4	18.8
Häufige Sexualstörungen N=97 (AP) 388 (GB)	4.1	27.1	52.6	51	43.3	21.9
Andauernde innere Unruhe N=99 (AP) 391 (GB)	43.4	53.5	45.5	38.4	11.1	8.2
Starke Gewichtszunahme N=97 (AP) 395 (GB)	9.3	35.9	41.2	46.3	49.5	17.7
Auffallende Bewegungsstörungen N=99 (AP) 393 (GB)	48.5	62.8	40.4	27.7	11.1	9.4
Andauernde Lustlosigkeit N=98 (AP) 392 (GB)	24.5	33.9	60.2	55.4	15.3	10.7
Gefahr von Medikamentenabhängigkeit N=88 (AP) 388 (GB)	22.7	55.2	9.1	30.2	68.2	14.7
Starkes Zittern N=98 (AP) 394 (GB)	33.7	58.9	54.1	33.8	12.2	7.4

Die überwiegende Mehrheit der Befragten in beiden Stichproben äussert sich dahingehend, dass bei einem Auftreten von starkem Zittern, andauernder Lustlosigkeit, auffallenden Bewegungsstörungen oder andauernder innerer Unruhe ein Medikament nicht längerfristig beibehalten werden sollte. Sehr ausgeprägt hingegen sind die Einschätzungen bezüglich der vier „leichteren“ Nebenwirkungen Mundtrockenheit, Schwitzen, Müdigkeit und Sexualstörungen. Über 80% der Allgemeinpraktiker raten dazu, auch bei unangenehmer Mundtrockenheit das Medikament längerfristig einzunehmen, während nur ein Drittel der Laien dies befürworten. Auch wären für etwa einen Viertel der Laien starkes Schwitzen, andauernde Müdigkeit und häufige Sexualstörungen ein Grund, das Medikament sofort abzusetzen, was nur für rund 5 % der Ärzte zutrifft.

Die Hypothese, wonach sich die Allgemeinpraktiker bezüglich der Einschätzung der Nebenwirkungen von Psychopharmaka von der Gesamtbevölkerung unterscheiden, konnte für den zusammenfassenden Skalenscore „Akzeptanz von Nebenwirkungen“ und auch für die Mehrheit der untersuchten einzelnen Nebenwirkungen bestätigt werden. Bei der Nebenwirkung „andauernde innere Unruhe“ waren die gefundenen Unterschiede nicht signifikant. (siehe Anhang 4, Ergebnisse Mann-Whitney Test)

5.2.6 Überprüfung der Unterschiede bei der Tabuisierung

Ein anderes Bild zeigt sich bei den Ergebnissen in Bezug auf die Tabuisierung. Hier lautete die Hypothese: „Allgemeinpraktiker raten weniger dazu, die in der Fallvignette beschriebene Symptomatik geheim zu halten als die Gesamtbevölkerung.“ Die Hypothese musste verworfen werden. Der Skalenscore „Geheimhaltung, Tabuisierung“, der Werte zwischen 1 und 3 annehmen kann, betrug für die Allgemeinpraktiker 1.82 und für die Allgemeinbevölkerung 1.83. Auch auf der Ebene der einzelnen Items ergaben sich keine signifikanten Unterschiede.

5.2.7 Ergebnisse zum Einfluss der Variablen Bildung und Alter auf die gefundenen Unterschiede

Die Gesamtbevölkerung unterscheidet sich in Hinsicht auf den Bildungsgrad systematisch von den Allgemeinpraktikern, bei denen die Berufsausübung selber an den Erwerb eines akademischen Titels geknüpft ist. Um zu überprüfen, ob die gefundenen Unterschiede zwischen Allgemeinpraktikern und der Gesamtbevölkerung ganz oder teilweise mit dem höheren Bildungsgrad der Allgemeinpraktiker zusammenhängen, wurden die Skalenscores der Allgemeinpraktiker mit einem Subsample der Gesamtbevölkerung verglichen. In diesem Subsample wurden die Resultate aller Personen aus der Gesamtbevölkerung zusammengefasst, die einen der Ärzteschaft vergleichbaren Bildungsstand aufweisen und älter als 34 Jahren sind. Die nachfolgende Tabelle 16 zeigt die Resultate dieses Vergleichs.

Tabelle16: Vergleich der Skalenscores der Allgemeinpraktiker mit der Gesamtbevölkerung mit höherem Bildungsgrad

Skalename	Gruppe	N	Skalenscore	Standard-abweichung	t-Wert	Sign
Positive Einstellung zur Gemeindepsychiatrie	Allgemeinpraktiker	100	4.70	.42	-6.55	***
	Wohnbev. mit hohem Bildungsgrad	229	4.26	.62		
Positive Einstellung zu Psychopharmaka	Allgemeinpraktiker	100	4.32	.56	-12.55	**
	Wohnbev. mit hohem Bildungsgrad	218	3.26	.74		
Soziale Distanz	Allgemeinpraktiker	100	2.07	.70	-9.51	***
	Wohnbev. mit hohem Bildungsgrad		3.01	.72		
Akzeptanz von Nebenwirkungen	Allgemeinpraktiker	100	2.20	.36	6.07	***
	Wohnbev. mit hohem Bildungsgrad	107	1.88	.38		

*** = $P < .001$, ** = $P < .01$

Allgemeinpraktiker akzeptieren und befürworten gemeindepsychiatrische Konzepte und Einrichtungen signifikant stärker als das Subsample mit höherem Bildungsgrad aus der Gesamtbevölkerung. Auch stehen sie Psychopharmaka weniger skeptisch gegenüber und beurteilen die Kosten/Nutzen Bilanz bei deren Verwendung positiver. Bei der Einschätzung von Nebenwirkungen ergibt sich das gleiche Bild. Die Allgemeinpraktiker schätzen die Notwendigkeit der Akzeptanz von Nebenwirkungen signifikant höher ein als die Gesamtbevölkerung mit höherem Bildungsgrad. In allen drei Fällen befinden sich die Skalenscores des Subsamples „Gesamtbevölkerung mit hohem Bildungsgrad“ zwischen den Werten der gesamten Gesamtbevölkerung und den Allgemeinpraktikern.

Auch in Bezug auf den Skalenscore „Soziale Distanz“ sind die gefundenen Unterschiede signifikant. Die soziale Distanz der Gesamtbevölkerung mit höherem Bildungsgrad ist sogar noch etwas höher als derjenige der Gesamtbevölkerung insgesamt, und die gefundenen Unterschiede zu den viel geringeren Werten auf dieser Skala bei den Allgemeinpraktikern sind damit sehr ausgeprägt.

Beim Skalenscore „Geheimhaltung/Tabuisierung“, der aussagt, wie häufig dazu geraten wird, bestimmten Personengruppen gegenüber die Krankheit zu verschweigen ergaben sich beim

Vergleich der Allgemeinpraktiker mit der Gesamtbevölkerung keine signifikanten Unterschiede. Dieses Resultat zeigte sich auch beim Vergleich der Allgemeinpraktiker mit dem Subsample „Gesamtbevölkerung mit hohem Bildungsgrad“.

5.3 Ergebnisse der Regressionsberechnungen

Im Folgenden sind die Ergebnisse von Regressionsmodell 1 mit Stichprobenzugehörigkeit als Prädiktorvariable und Regressionsmodell 2 mit Stichprobenzugehörigkeit, Bildungsgrad und Alter als Prädiktorvariablen aufgeführt. Der Einbezug der Variablen Geschlecht, Kontakt zu psychisch Kranken und Erfahrung in Psychiatrie als Prädiktorvariablen trug nicht zur Varianzaufklärung bei und erbrachte auch keine weiteren signifikanten Korrelationen.

5.3.1 Skalenscore „Positive Einstellungen zur Gemeindepsychiatrie“

Die Zugehörigkeit zur Stichprobe der Allgemeinpraktiker ist mit angstfreieren und akzeptierenderen Einstellungen gegenüber gemeindepsychiatrischen Anliegen positiv korreliert. Das Betagewicht beträgt $-.247$. Diese Korrelation klärt jedoch nur einen Anteil von 6% der Varianz des Skalenscores.

Dieser Zusammenhang bleibt bestehen, wenn Bildungsgrad und Alter in das Regressionsmodell aufgenommen werden, und die erklärte Varianz erhöht sich auf 7%. Dabei zeigt sich, dass die Variable Alter keinen signifikanten Zusammenhang mit dem Skalenscore aufweist.

5.3.2 Skalenscore „Positive Einstellungen zu Psychopharmaka“

Die positive Korrelation zwischen Zugehörigkeit zur Ärzteschaft und positiven Einstellungen zur Pharmakotherapie ist mit einer Betagewichtung von $.489$ recht ausgeprägt und klärt 24% der Varianz dieses Skalenscores.

Auch Bildungsgrad mit einem Betagewicht von $.138$ und Alter ($\beta = .169$) sind positiv mit dem Skalenscore Psychopharmaka korreliert. Der Einbezug dieser Variablen als Prädiktoren erhöht die erklärte Varianz auf 28%. Auch in dieser Konstellation bleibt der Zusammenhang der Stichprobenzugehörigkeit mit dem Skalenscore am stärksten.

5.3.3 Skalenscore „Soziale Distanz“

Die Zugehörigkeit zu Stichprobe der Allgemeinpraktiker korreliert mit einem Betagewicht von $-.416$ mit dem Skalenscore für Soziale Distanz. Die erklärte Varianz beträgt 17%.

Der Bildungsgrad weist keinen signifikanten Zusammenhang mit der Sozialen Distanz auf, Alter hat einen schwachen gegenläufigen Effekt mit einer positiven Korrelation ($\beta=.158$).

5.3.4 Skalenscore „Akzeptanz von Nebenwirkungen“

Der Zusammenhang zwischen Zugehörigkeit zur Ärzteschaft und einer höheren Akzeptanz von Nebenwirkungen ist mit einem Betagewicht von .382 mässig stark. 14% der Varianz des Skalenscores „Akzeptanz von Nebenwirkungen“ werden durch diese Korrelation geklärt.

Die Varianzaufklärung erhöht sich durch Hinzunahme von Bildungsgrad ($\beta=.244$) auf 17 %, und es zeigt sich, dass die Variable Alter nicht mit diesem Skalenscore korreliert.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass in den untersuchten Einstellungsgebieten grosse Unterschiede zwischen den Einstellungen der Allgemeinpraktiker und der Gesamtbevölkerung bestehen. Die Einstellungen der Hausärzte erweisen sich im Vergleich zur Gesamtbevölkerung insgesamt als akzeptierender und weniger von Vorurteilen geprägt.

Gemeindepsychiatrische Einrichtungen werden von der überwiegenden Mehrheit der Hausärzte begrüsst. Dabei werden Vorurteile bezüglich von solchen Einrichtungen ausgehenden Gefahren entschieden abgelehnt und die Integration in Wohngebiete eindeutiger befürwortet als in der Gesamtbevölkerung. Stellenwert und Bedeutung von *Psychopharmaka* werden von den Allgemeinpraktikern hoch eingeschätzt. Das Verhältnis von Kosten und Nutzen wird von ihnen sehr viel positiver gesehen als von der Gesamtbevölkerung. Pauschalisierungen, die nur den Aspekt der Ruhigstellung oder Suchtgefährdung hervorheben und die erwünschten Wirkungen dieser Medikamente in Frage stellen, und die sich in der Bevölkerung als ziemlich verbreitet erweisen, werden von den Hausärzten praktisch einhellig abgelehnt. Ebenfalls sehr ausgeprägte Unterschiede zeigen sich in der Frage, wie lange bestimmte *Nebenwirkungen* zugunsten der intendierten Hauptwirkungen in Kauf genommen werden sollten. Dabei muss festgehalten werden, dass die ausgeprägtesten Unterschiede in der Akzeptanz der oft als „leichter“ apostrophierten Nebenwirkungen (unangenehme Mundtrockenheit, starkes Schwitzen, andauernde Müdigkeit und Sexualstörungen) zu finden sind. Weiter zeigt sich bei den Hausärzten, ähnlich wie in der Gesamtbevölkerung, das Muster einer mit zunehmendem Intimitätsgrad sich vergrössernden *sozialen Distanz*. Die Kontaktbereitschaft ist aber in allen untersuchten sozialen Situationen signifikant höher als jene der Gesamtbevölkerung.

6 Diskussion

Im Mittelpunkt der vorliegenden Arbeit stehen Einstellungen einer repräsentativen Stichprobe von 100 Allgemeinpraktikern der Deutschschweiz zu chronisch psychisch Kranken, Psychopharmaka und Nebenwirkungen und Einrichtungen der Gemeindepsychiatrie. Der Erfolg psychiatrischer Behandlung und Rehabilitation hängt massgeblich mit den Einstellungen der Öffentlichkeit und aller Beteiligten im Umfeld der psychiatrischen Versorgung zusammen. Allgemeinpraktiker nehmen dabei als Schlüsselpersonen, gate keeper und Meinungsführer einen nicht unwesentlichen Platz ein. Während im Kap. 5 die Einstellungen der Allgemeinpraktiker dargestellt und mit denjenigen der Gesamtbevölkerung in der gleichen Region verglichen wurden, soll das Diskussionskapitel der Einbettung der Resultate in den Forschungszusammenhang und der Interpretation der erhobenen Daten dienen.

Einleitend wird beschrieben, wie bestimmte Eigenschaften der gewählten Datenerhebungstechnik und des Erhebungsinstruments als Rahmenbedingungen der Interpretation von Bedeutung sein könnten. Anschliessend werden die Befunde zu den verschiedenen Einstellungsbereichen und den Unterschieden zur Gesamtbevölkerung diskutiert. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen versuchen die Bedeutung der Befunde auch in praktischer Hinsicht in den grösseren Forschungszusammenhang zu verweben und schliessen dieses Kapitel ab.

6.1 Kritische Betrachtung der Methoden

6.1.1 Datenerhebungstechnik und Erhebungsinstrument

Die gewählte Datenerhebung mittels telefonischen Interviews unter Verwendung eines standardisierten Fragebogens bringt bezüglich der Interpretation der Befunde verschiedene Probleme, aber auch Vorteile mit sich. An erster Stelle zu nennen ist das Problem der sozialen Erwünschtheit von Antworten. Die Erhebung der Daten beinhaltet Selbsteinschätzungen. Es muss also mit der bekannten Tendenz von Versuchspersonen gerechnet werden, jene Antwortvorgaben zu bevorzugen, von denen sie annehmen, dass sie sozial eher akzeptiert sind als andere. Verzerrungen durch solche sozial erwünschten Antworten sind nicht auszuschliessen, obwohl diese Gefahr bei telefonischen Interviews vielleicht etwas geringer einzuschätzen ist als in face to face Situationen.

Unabhängig vom Inhalt der jeweiligen Fragen kann eine Verzerrung auch durch bestimmte Antwortmuster zustande kommen. Individuelle Vorlieben, Fragen gehäuft mit Nein (oder mit Ja) zu beantworten, können gerade bei einer Serie ähnlicher Fragen zu inhaltlich nicht be-

gründeten Verfälschungen führen. Durch die Aufnahme von hinsichtlich der Zieldimension verschieden gepolten Fragen wird diese Gefahr verringert. Zudem konnten bei der Überprüfung der Antwortprofile keine Befragten mit inhaltsunabhängigen Antwortmustern ausgemacht werden, weshalb dieser Methodeneffekt mit grosser Wahrscheinlichkeit von vernachlässigbarer Bedeutung ist.

Auf die briefliche Anfrage bezüglich einer Teilnahme reagierten gut die Hälfte positiv. Ablehnungen wurden wie erwähnt vor allem durch Zeitmangel oder „kein Interesse“ begründet. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich die ablehnenden Ärzte in ihren Einstellungen von den teilnehmenden Ärzten unterscheiden würden. Sollte so ein Effekt aufgetreten sein, kann angenommen werden, dass er sich auch bei der Befragung der Gesamtbevölkerung in ähnlicher Weise bemerkbar gemacht hätte, wodurch sein Einfluss mindestens bezüglich der vergleichenden Untersuchungen geringfügig bliebe.

Die starke Strukturierung der Antworten durch das vollstandardisierte Interview schränkt die Möglichkeit individueller Antworten sehr ein. Individuell differenzierte Antworten waren ausserhalb der Antwortvorgaben nicht vorgesehen. Mit gewissen Verzerrungen und Vergröberungen von individuell feiner differenzierten Einstellungen muss deshalb bei der Anwendung von vollstandardisierten Interviews gerechnet werden. Für diese Annahme spricht auch, dass bei gewissen kontroversen Items ungefragt zusätzliche Bemerkungen gemacht wurden. Die Bemerkungen wurden unkommentiert protokolliert und werden bei der Diskussion der jeweiligen Items erwähnt. Diesen Nachteilen durch die hohe Strukturierung der Antwortvorgaben stehen jedoch auch Vorteile gegenüber. Als Hauptvorteil der gewählten Methode kann angesehen werden, dass die direkte Vergleichbarkeit mit den in gleicher Weise und unter Anwendung derselben Skalen erhobenen Daten der Gesamtbevölkerung optimal gewährleistet ist. Ebenfalls ist die statistische Bearbeitung und Aufbereitung der Antworten viel weniger von inhaltlichen Interpretationen und subjektiven Einordnungen durch den Untersuchungsleiter abhängig als das beispielsweise bei offenen Fragen der Fall wäre.

6.2 Diskussion der Befunde

6.2.1 Akzeptanz gemeindepsychiatrischer Einrichtungen

Der hohe durchschnittliche Skalenscore bedeutet, dass die Allgemeinpraktiker der deutschen Schweiz sich über die Wichtigkeit gemeindepsychiatrische Konzepte bewusst sind und gemeindenahen, integrierenden Einrichtungen mehrheitlich begrüssen und unterstützen. Auch die überaus hohen Anteile an eindeutigen Antworten („stimmt sehr“ oder „stimmt nicht“) können als Hinweis dafür angesehen werden, dass grundsätzliche Anliegen der Gemeindepsychiatrie auf eindeutige und klare Akzeptanz in der Ärzteschaft stossen.

Überwiegend akzeptierende Einstellungen kommen auch in den Antworten der Gesamtbevölkerung zum Ausdruck. Dies stimmt mit Befunden der Literatur überein (Brockington et al., 1993; Wolff et al., 1996). Verglichen mit den Allgemeinpraktikern sind die Einstellungen der Gesamtbevölkerung jedoch sowohl in Bezug auf den Skalenscore als auch hinsichtlich der sieben Einzelitems signifikant negativer. Wenn man das Antwortmuster der Gesamtbevölkerung genauer betrachtet, zeigt sich, dass der Anteil nicht eindeutiger Stellungnahmen (stimmt wenig, mittel oder ziemlich) durchgehend in allen Items höher ist als bei den Allgemeinpraktikern. So lehnten beispielsweise nur 57% die Aussage eindeutig ab, wonach Einrichtungen für psychisch Kranke ausserhalb von Wohngebieten sein sollten, im Gegensatz zu 93% bei den Allgemeinpraktikern. Die gefundenen Unterschiede liegen in der gleichen Richtung wie sie beim Vergleich von Psychiatern mit der Wohnbevölkerung der deutschen Schweiz nachgewiesen wurden (Lauber, Anthony, Ajdacic-Gross & Rössler, 2004b). Lauber et al. (2004b) bezeichnen die positiven Einstellungen der Psychiater zur Gemeindepsychiatrie als nicht überraschend angesichts der Menge an Forschungsarbeiten, die die Vorteile dieses Versorgungskonzepts belegen. Diese Argumentation trifft sicher auch in Bezug auf die positiven Einstellungen der Allgemeinpraktiker zu. Die im Vergleich zur Wohnbevölkerung eindeutigere und klarere Akzeptanz gemeindepsychiatrischer Anliegen und Einrichtungen in der Ärzteschaft hat vermutlich verschiedene Gründe. Einerseits haben Allgemeinpraktiker beispielsweise wegen ihrer Funktion als gate keeper häufig Kontakt mit gemeindepsychiatrischen Einrichtungen und machen so direkte Erfahrungen mit dem therapeutischen Nutzen dieser Institutionen im Behandlungsalltag. Einige, vor allem ältere Ärzte haben denn auch im Interview darauf hingewiesen, wie viel besser die Versorgung beispielsweise im ambulanten Bereich im Vergleich zu früher geworden sei. Darüber hinaus dürfte auch das Wissen um die Wichtigkeit integrationsfördernder sozialer Netzwerke sowie das realistischere Einschätzungsvermögen des Gewaltpotentials psychisch Kranker eine Rolle spielen (Anthony, 2003).

Zusammenfassend belegen die Ergebnisse, dass Hausärzte gegenüber gemeindepsychiatrischen Anliegen und Einrichtungen signifikant positiver und weniger ambivalent als die Gesamtbevölkerung eingestellt sind. Die weiterführende Frage, ob und wie diese begrüßenswerte Tatsache beispielsweise in der Öffentlichkeitsarbeit genutzt werden könnte, wird weiter unten wieder aufgenommen.

6.2.2 Einstellungen zu Psychopharmaka

Mehr als die Hälfte der befragten Ärzte stimmen Aussagen zu, die positive Aspekte der Psychopharmakatherapie formulieren, und lehnen Aussagen ab, die kritische, kontroverse Punkte ansprechen oder einfach gängige Vorurteile wiedergeben. Dabei stossen

Pauschalverurteilungen, wie sie manchmal von Kritikern der Pharmakotherapie vorgebracht werden auf die klarste Ablehnung. Auch die Zustimmung zu Aussagen, die erwünschte Wirkungen hervorheben oder den Einsatz von Psychopharmaka positiv würdigen, erfolgt sehr deutlich. Wie im Theorieteil erwähnt gewichten auch schon Medizinstudenten zu Beginn ihres Studiums die positiven Aspekte medikamentöser Behandlung höher als die übrige Bevölkerung (Angermeyer et al. 1994). Dies ist vermutlich ein Effekt der beginnenden Identifizierung mit dem Berufsbild des schnell und wirksam handelnden Arztes (Hillert et al. 1994). Im Verlauf des Studiums verstärkt sich diese Tendenz unter dem Einfluss des pharmakologischen und psychiatrischen Unterrichts (Hillert et al. 1994). Wenn aus den Medizinstudenten Hausärzte geworden sind, machen diese in der alltäglichen Praxis wahrscheinlich immer wieder positive Erfahrungen mit den erwünschten Wirkungen von Psychopharmaka. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die Ablehnung von Psychopharmaka bei jenen am höchsten ist, die selber keine Erfahrung damit haben und auch keine Nutzer kennen oder kannten (Farner, 2000), ist auch in dieser Praxiserfahrung mit Psychopharmaka ein Faktor zur Erklärung der doch deutlich positiv ausgefallenen Beurteilungen der Pharmakotherapie zu vermuten. Psychische Krankheiten sind häufig stressvolle Krisensituationen nicht nur für den Patienten, sondern auch für dessen soziales Umfeld (Addington, Coldham, Jones, Ko & Addington, 2003). Es ist wahrscheinlich, dass der Arzt manchmal auch als einer der Effekte der von ihm verordneten Pharmakotherapie die Entlastung dieses gestressten sozialen Umfeldes beobachten kann. Jedenfalls finden vier Fünftel der befragten Ärzte, dass psychisch Kranke oft nur dank des Einsatzes von Psychopharmaka für die Angehörigen erträglich seien.

Der klare Positionsbezug der Ärzte sollte nicht als undifferenzierte und kritiklose Parteinahme für Psychopharmaka als beste und einzige Behandlungsform gelesen werden. Das zeigt sich beispielsweise darin, dass doch über 40% der Aussage, Psychopharmaka seien die wirksamsten zur Verfügung stehenden Mittel, unentschieden oder ablehnend gegenüberstehen.

Insgesamt muss festgehalten werden, dass die Unterschiede zur Gesamtbevölkerung sehr ausgeprägt sind. Die Bevölkerung ist allen Aspekten einer Behandlung mit Psychopharmaka gegenüber entschieden kritischer und ablehnender eingestellt. Benkert (2001, S.128) schreibt in Bezug auf die Vorbehalte der Bevölkerung gegenüber Psychopharmaka: „Der wissenschaftlich informierte Arzt kann diese Ablehnung kaum nachvollziehen.“ Die hier referierten Resultate belegen zumindest, dass Ärzte in der deutschen Schweiz die Vorbehalte und negativen Beurteilungen hinsichtlich Psychopharmaka, wie sie in der Bevölkerung nachgewiesen wurden, nur in geringem Ausmass oder zum Teil überhaupt nicht teilen. Eine Ansicht teilen oder sie bei einem Gegenüber nachvollziehen zu können sind aber zwei sehr

verschiedene Dinge. Um im ärztlichen Gespräch mit Empathie auf die Zweifel und Ängste der Kranken (Finzen, 2001) und ihres sozialen Umfeldes eingehen zu können, sollten diese Zweifel und Ängste den Ärzten bekannt sein und auch nachvollzogen werden können. Ein auf diese Art umfassendes Verständnis für die Position des Gegenübers könnte es Hausärzten dann einerseits erleichtern, gezielt auf eine Verringerung der Ablehnung von Psychopharmaka einzuwirken. Andererseits würde ein erhöhtes Bewusstsein über andere Positionen in diesem umstrittenen Feld die Gefahr einer allzu kritiklosen oder ausschliesslichen Parteinahme für die Pharmakotherapie weiter verringern.

6.2.3 Einstellung zu Sanktionen

Die befragten Ärzte sind ohne Ausnahme der Meinung, dass die Möglichkeit einer Zwangseinweisung unter bestimmten Bedingungen beibehalten werden muss. Diese Haltung deckt sich mit der Sichtweise der Psychiater in der deutschsprachigen Schweiz, die dies ebenfalls mit nur wenigen Ausnahmen befürworten (Zogg, Lauber, Ajdacic-Gross & Rössler, 2003). Fast ebenso eindeutig wie die Hausärzte der Zwangseinweisung zustimmen, lehnen sie Abtreibung und Aberkennung des Stimmrechts als generelle Sanktionen bei psychischer Krankheit ab. Auch der Fahrausweisentzug wird mehrheitlich abgelehnt, findet jedoch immerhin bei einem Viertel der Ärzteschaft Zustimmung. Dieses Muster der Zustimmung zu Zwangseinweisungen und Ablehnung der übrigen drei Sanktionen findet sich – wenn auch weniger extrem – ebenfalls in der Gesamtbevölkerung. Lauber et al. (2002) haben dies belegt und den Einfluss demographischer, soziologischer und psychologischer Faktoren auf Zustimmung resp. Ablehnung von Zwangseinweisungen untersucht. Sie gelangen zum Schluss, dass diese nicht eigentlich als Sanktion beurteilt werden, sondern eher als erster Schritt der Behandlung. Die überwiegend befürwortende Einstellung Zwangseinweisungen gegenüber kann damit auch als ein grundsätzliches Vertrauen der Öffentlichkeit in die psychiatrische Versorgung gewertet werden, und zwar dahingehend, dass diese Massnahme mit dem notwendigen Respekt und Verantwortungsbewusstsein gegenüber den Betroffenen gehandhabt wird. Die Zustimmung der Hausärzte – wie auch der Psychiater – zur Möglichkeit von Zwangseinweisungen ist signifikant höher als jene der Gesamtbevölkerung, die bei 68% liegt. Zogg et al. (2003) nehmen an, dass die grosse Akzeptanz der Zwangseinweisung unter Psychiatern mit deren Expertenwissen und berufsspezifischen Erfahrungen zusammenhängt. Auch bei den Hausärzten kann davon ausgegangen werden, dass das wiederholte Evidenzerlebnis des Nutzens einer Zwangseinweisung im Sinne einer Entlastung von Patient und Umfeld in Situationen höchster Anspannung zu der klaren Stellungnahme für die Beibehaltung dieser Massnahme beiträgt. Diese Vermutung wird auch gestützt vom Befund, dass Angehörige von

Schizophrenen ebenfalls eine signifikant höhere Zustimmung zu Zwangseinweisungen (90%) aufweisen als die Gesamtbevölkerung (Brechtbühler, 2003).

Mehr als zwei Drittel der Allgemeinpraktiker sprechen sich gegen einen generellen Fahrausweisenzug bei psychischer Krankheit aus. Die Ablehnung dieser Sanktion ist damit signifikant deutlicher als in der Gesamtbevölkerung. Darin stimmen die Resultate mit jenen der Psychiater überein (Zogg et al., 2003). Brechtbühler (2003) weist auch bei den Angehörigen eine verglichen mit der Gesamtbevölkerung geringere Tendenz nach, Fahrausweisenzug zu akzeptieren und vermutet, dass Angehörige von Schizophrenen unterscheiden zwischen akuten psychotischen Phasen und Zeiten, in denen der Kranke recht gut mit der Krankheit zurecht kommt und keine oder nur wenige Symptome hat. Einem akut psychotischen Menschen würden wahrscheinlich die wenigsten Angehörigen raten, Auto zu fahren. Während der restlichen Zeit haben aber wohl schon viele die Erfahrung gemacht, dass der Kranke einwandfrei fahren kann. Wie Zogg et al. (2003) ausführen, wird in der klinischen Praxis die Fahrtauglichkeit nicht pauschal aufgrund des Vorliegens oder der Abwesenheit einer psychischen Störung beurteilt, sondern basiert auf objektiven Leistungstestverfahren und der Überprüfung des klinischen Symptombildes (Laux, 2001). Aus dieser Perspektive betrachtet ist der Anteil der Allgemeinpraktiker, die Fahrtauglichkeit bei psychischer Krankheit generell bestreiten, mit einem Viertel überraschend hoch. Es ist möglich, dass sich die Antworten dieser Ärzte implizit auf psychisch Kranke während einer psychotischen Episode beziehen, während die Mehrheit der Ärzte in Zusammenhang mit der Beurteilung der Fahrtüchtigkeit die undifferenzierte, generalisierende Formulierung „psychisch krank“ in der Fragestellung als nicht angemessen erachteten und sich deshalb auch gegen die Sanktion eines generell verfügbaren Fahrausweisenzugs aussprechen.

Die Ablehnung der Sanktionen Abtreibung und Aberkennung Stimmrecht durch die Allgemeinpraktiker erfolgte praktisch einhellig. Dies könnte ebenfalls mit der sehr generalisierenden Form der Fragestellung zu tun haben, darüber hinaus aber auch als Ausdruck eines gewandelten therapeutischen Verständnisses interpretiert werden, das skeptischer geworden ist strafenden und bevormundenden Tendenzen gegenüber, wie sie mit dem Psychiatriekonzept der zentralen und isolierenden psychiatrischen Versorgung einhergingen. Bei einer Befragung von Psychiatern in der Schweiz (Zogg et al., 2003) blieb die Zustimmung zu diesen beiden Sanktionen ähnlich gering wie bei den Hausärzten. Die Autoren gelangen zur Schlussfolgerung, dass Psychiater im Hinblick auf die signifikant höhere Zustimmung der Gesamtbevölkerung zu diesen gesetzlich nicht verankerten und medizinisch nicht notwendigen negativen Sanktionen als opinion-leaders die öffentliche Meinung positiv mitgestalten könnten. Den Resultaten der vorliegenden Arbeit zufolge könnten Allgemeinpraktiker sie dabei unterstützen.

6.2.4 Akzeptanz von Nebenwirkungen

Bei 5 von 10 untersuchten Nebenwirkungen ist der am häufigsten von den Allgemeinpraktikern genannte Ratschlag, das Medikament bei Auftreten der Nebenwirkung zwei bis drei Wochen beizubehalten. Das Medikament sofort abzusetzen ist nur beim Auftreten von andauernder innerer Unruhe der häufigste Ratschlag, zum längerfristigen Beibehalten des Medikaments wird beim Auftreten von 4 Nebenwirkungen am häufigsten geraten. Angesichts der bekannten und oft längeren Nebenwirkungszeiten vieler Neuroleptika erstaunt die Bevorzugung einer Inkaufnahme von 2 bis 3 Wochen aus medizinischer Sicht.

Verglichen mit den Allgemeinpraktikern rät die Gesamtbevölkerung bei allen Nebenwirkungen mit einer Ausnahme signifikant häufiger zur sofortigen Absetzung des Medikaments. Eine genauere Sichtung der Antworten in den einzelnen Items zeigt folgende Tendenz: Je weniger schwerwiegend eine Nebenwirkung zu sein scheint, desto mehr klappt die Einschätzung der angemessenen Reaktion auf ihr Auftreten auseinander. Die Ärzte scheinen „unangenehme Mundtrockenheit“, „starkes Schwitzen“, „andauernde Müdigkeit“ und „Sexualstörungen“ eher als tolerierbare Beeinträchtigungen der Befindlichkeit denn als medizinisch bedenkliche Nebenwirkungen einzuschätzen, eine Tendenz, wie sie auch in der Fachliteratur zu Psychopharmaka festzustellen ist (Benkert, 2001). Bei zwei weiteren, eher als schwerwiegend einzuschätzenden unerwünschten Wirkungen, nämlich „andauernder Lustlosigkeit“ und „auffallenden Bewegungsstörungen“ ist der Unterschied zwar signifikant, aber weniger ausgeprägt. In der Bevölkerung hingegen wird das Auftreten von Nebenwirkungen also generell viel weniger toleriert. Die im Kapitel 6.2.2 diskutierten viel skeptischeren Einstellungen der Bevölkerung zur Psychopharmakatherapie generell spiegeln diesen Befund. Ein Zusammenhang der beiden Einstellungsgebiete ist nicht nur prima vista plausibel. Generelle Einstellungen zu Psychopharmaka erwiesen sich auch in der Lizentiatsarbeit von D. Farner als aussagekräftigster Prädiktor der Akzeptanz von Nebenwirkungen (Farner, 2000).

Am unterschiedlichsten wurde die Einschätzung der Suchtgefahr vorgenommen. Die Vignette schildert einen Schizophrenie-Patienten, bei welchem in der Regel der Einsatz eines Medikaments aus der Gruppe der Neuroleptika zu erwarten ist. Das Fachwissen über die nicht gegebene Suchtgefahr bei Neuroleptika darf bei den Hausärzten wohl vorausgesetzt werden. Jedenfalls raten bei der Frage nach der Nebenwirkung „Gefahr der Medikamentenabhängigkeit“ knapp 70% der Ärzte, das Medikament längerfristig beizubehalten. Auch wurde die Frage wiederholt spontan als unsinnig bezeichnet. Hingegen raten nur 15% der Bevölkerung dazu, bei „Gefahr der Medikamentenabhängigkeit“ das Medikament längerfristig beizubehalten. Eine mögliche Erklärung für diesen grossen Unterschied kann darin vermutet werden, dass Psychopharmaka im Bewusstsein der Öffentlichkeit nicht genügend

differenziert gesehen werden. Jedenfalls entspricht das Stereotyp der öffentlichen Meinung zur Neuroleptika-Behandlung bei Schizophrenen dem Wirkungsprofil der Tranquilizer (Finzen, 2001). Damit wird die bei Tranquilizern gegebene Gefahr, dass sich als unerwünschte Begleiterscheinung der Behandlung eine Medikamentenabhängigkeit ergeben könnte, generell allen Psychopharmaka unterstellt. Welche Überlegungen immerhin 23% der Allgemeinpraktiker bewogen, das Medikament wegen Suchtgefahr sofort abzusetzen ist schwierig einzuschätzen. Es ist möglich, deren Antworten hypothetisch zu lesen: „Wenn es denn so etwas gäbe wie die „Gefahr von Medikamentenabhängigkeit“ würde ich das Medikament sofort absetzen“. Natürlich können auch Lücken im diagnostischen und pharmakologischen Wissen nicht ausgeschlossen werden.

Die Akzeptanz von Nebenwirkungen wird immer wieder als einer der Faktoren beschrieben, die relevant sein könnten für eine gute Compliance. Finzen (2001, S. 28) definiert Compliance als „vertrauensvolles Zusammenwirken von Kranken und Behandelnden.“ Dazu gehört sicher, dem Patienten alle relevanten Informationen zu vermitteln. Ein depressiver Patient wird beispielsweise besser mit Nebenwirkungen umgehen können, wenn ihm klar ist, dass die erwünschte Wirkung, die Besserung von Affekt und Antrieb, erst nach 2 – 4 Wochen auftritt, die Nebenwirkungen hingegen überwiegend schon in den ersten Tagen, um dann aber bald abzuklingen. Auch ist wie oben ausgeführt bezüglich Suchtgefährdung von einem Informationsdefizit der Gesamtbevölkerung auszugehen. Bei der Informationsvermittlung sollte auf eine verständliche Sprache geachtet werden, denn die Verwendung unverständlicher Fachausdrücke wird als belastender Aspekt im Kontakt mit professionellen Helfern erlebt (Jungbauer, Wittmund & Angermeyer 2002). Es ist anzunehmen, dass der Aufbau von Vertrauen beeinträchtigt wird, wenn der Arzt als Verschreibender über die Inkaufnahme unerwünschter Wirkungen von Psychopharmaka eine so andere Ansicht hat als der psychisch Kranke und sein soziales Feld. Eine gute Beziehung von Arzt und Patient ist jedoch ein wichtiger Faktor für höhere Compliance (Löffler, Kilian, Toumi & Angermeyer, 2003). Daher sollten sich die Ärzte über die grossen Unterschiede der Akzeptanz von Nebenwirkungen bewusst sein, diese ansprechen, Verständnis für die Ängste der Kranken signalisieren und Vor- und Nachteile der Medikamente auch aus ihrer Sicht mit ihnen besprechen. Vielleicht kann gerade nach der Aufwertung des ärztlichen Gesprächs im ab 1.1.2004 gültigen Tarmed, der Regelung der ärztlichen Tarifpositionen, eine Veränderung dieses Aspektes ärztlicher Versorgung erwartet werden. Natürlich ist auch zu hoffen, dass die neue Generation von Antipsychotika mit gemischten antiserotonergen und antidopaminergen Rezeptorprofilen die Behandlungssituation vor allem in der Langzeittherapie verbessert (Fleischhacker 1998), positiven Einfluss auf die Compliance hat und damit wesentlich zur Entschärfung der hier diskutierten Problematik beitragen wird.

6.2.5 Soziale Distanz

Soziale Distanz ist ein wichtiger stigmatisierender Faktor, gilt als paradigmatisch für Einstellungen gegenüber psychisch Kranken schlechthin (Lauber et al., 2004a; Link et al., 1987) und wird auch von den Betroffenen als sehr beeinträchtigend beschrieben (Holzinger et al., 2003). Die für die Allgemeinpraktiker ermittelten Werte liegen für alle sozialen Situationen im eher kontaktbereiten (Werte zwischen 2 und 3) oder sehr kontaktbereiten (Werte zwischen 1 und 2) Bereich. Sie folgen dabei tendenziell dem in anderen Populationen oft beobachteten Muster grösserer sozialer Distanz mit zunehmendem Intimitätsgrad der sozialen Situation (Grausgruber, 1989; Lauber et al., 2004a). Die einzige Ausnahme davon betrifft die Bereitschaft, einen psychisch Kranken wie den in der Fallvignette Beschriebenen als Arbeitskollegen zu akzeptieren. Die soziale Distanz war hier höher als bei den Items „als Nachbar akzeptieren“ und „einer Freundin vorstellen“, während in der Gesamtbevölkerung psychisch Kranke als Arbeitskollegen auf die geringste soziale Distanz stossen. In einer Stichprobe mit Medizinstudenten (Rössler et al. 1996), bei der dieser Effekt ebenfalls beschrieben wird, vermuten die Autoren, dass dies mit der Vorstellung der Medizinstudenten zu tun haben könnte, dass die von Ärzten zu tragende Verantwortung nicht mit einer schweren seelischen Erkrankung in Einklang zu bringen sei.

Die Kontaktbereitschaft wurde von den Ärzten für alle sozialen Situationen mit Ausnahme der Zustimmung zu Einheirat in die Familie mit der Antwort „ganz sicher“ als häufigster Kategorie eingeschätzt. Die Frage ist hier natürlich legitim, ob dabei manchmal etwas Programmatisches im Sinne politisch korrekter und sozial erwünschter Antworten mitgespielt hat. Die einzelnen Situationen wurden jedoch durchaus differenziert beurteilt, das heisst, dass die soziale Distanz mit zunehmendem Intimitätsgrad der sozialen Situationen zunimmt, auch wenn sie immer auf einem signifikant geringeren Niveau ist als in der Gesamtbevölkerung.

Damit ist auch der wichtigste Befund im Vergleich der beiden Stichproben angeführt. Die Hypothese 2, wonach Allgemeinpraktiker der deutschen Schweiz gegenüber psychisch Kranken kontaktbereiter seien als die Gesamtbevölkerung, konnte sowohl für den Skalenwert als auch für alle Einzelitems bestätigt werden. Der Wunsch nach grosser sozialer Distanz wird oft in Zusammenhang gebracht mit Ängsten und Vorurteilen, etwa der Angst vor Unberechenbarkeit und Gefährlichkeit (vgl. Angermeyer et al., 2004; Vezzoli et al., 2001) und dem –sachlichen Informationen widersprechenden– Vorurteil, psychisch Kranke hätten diese Eigenschaften in überdurchschnittlichem Ausmass (Angermeyer et al., 2003). Wie Untersuchungen des Patientenguts von Hausärzten zeigen, kann von häufigen beruflichen Kontakten zwischen Hausärzten und psychisch Kranken ausgegangen werden (Bauer et al. 2001).

Das theoretische berufliche Wissen und das im Umgang mit den Kranken gewonnene Erfahrungswissen könnten korrigierend auf unrealistische und den Wunsch nach Distanz fördernde Vorurteile beispielsweise bezüglich Gefährlichkeit oder Unberechenbarkeit einwirken. In der Forschungsliteratur ist der Zusammenhang von persönlichem Kontakt und geringerer sozialer Distanz zu psychisch Kranken gut belegt (Angermeyer & Matschinger, 1994; Penn et al., 1994). Wie Brechbühler (2002) hingegen gezeigt hat, unterscheiden sich Angehörige von psychisch Kranken in Bezug auf den Wunsch nach sozialer Distanz nicht von der Gesamtbevölkerung. Vielleicht trägt persönlicher Kontakt dann am meisten zum Abbau von sozialer Distanz bei, wenn er weder zu nah und damit potentiell belastend noch zu unpersönlich ist. Der berufliche Kontakt des Allgemeinpraktikers zu psychisch Kranken in der Praxis könnte dieser Voraussetzung entsprechen. Mit diesen Überlegungen stimmt auch der im vorhergehenden Kapitel diskutierte Befund überein, wonach Hausärzte eine signifikant höhere Bereitschaft als die Gesamtbevölkerung zeigen, gemeindenahe psychiatrische Projekte zu akzeptieren. Ebenfalls auf dieser Linie liegt die von einer grossen Mehrheit der Ärzte vorgenommene Einschätzung, dass von psychiatrischen Einrichtungen keine Gefährdung der Nachbarschaft ausgeht und psychisch Kranke nicht beängstigend sind.

6.2.6 Geheimhaltung und Tabuisierung

Die Ratschläge der Bevölkerung und der Ärzteschaft unterscheiden sich nicht signifikant. Somit musste die Hypothese verworfen werden, derzufolge Allgemeinpraktiker „weniger dazu raten, die in der Fallvignette beschriebene Symptomatik geheim zu halten als die Gesamtbevölkerung“. Dieses Einstellungsgebiet erwies sich damit als das Einzige mit gleichen Tendenzen in beiden Populationen. Dafür könnte folgender pragmatischer Faktor verantwortlich sein. Wie erwähnt enthalten die Antworten auf diese Fragen implizit auch eine Einschätzung darüber, welchem Grad von Benachteiligung und Vorurteilen psychisch Kranke in der Gesellschaft ausgesetzt sind. Unter diesem Aspekt gesehen würde das heissen, dass die Allgemeinpraktiker diesen Grad gleich einschätzen wie die Gesamtbevölkerung. Möglicherweise raten sie deshalb im Bewusstsein über die möglichen nachteiligen Folgen (Finzen 2001a, S. 97) von offener Information über die Erkrankung häufiger zum Verschweigen als es ihnen sonst von der Bevölkerung verschiedenen und weniger vorurteilsbeladenen Einstellungen zu psychischer Krankheit entsprechen würde. Jedenfalls raten in beiden Gruppen nur etwa 10% der Befragten dazu, die schizophrene Episode beim Gespräch mit einem Wohnungsvermieter zu erzählen. Grosse Schwierigkeiten bei der Suche nach einer Wohnung zählen zu den vielen sozialen Benachteiligungen, die mit der Stigmatisierung durch psychische Krankheit einhergehen (Angermeyer, 2004).

Ebenfalls übereinstimmend raten in beiden Gruppen etwa 90% der Befragten dazu, Familienangehörige und gute Freunde über die Krankheit zu informieren. Dies kann so verstanden werden, dass in beiden Populationen der Rückhalt im engeren sozialen Raum bei psychischen Erkrankungen als sehr wichtig angesehen wird.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich im Bereich „Geheimhaltung und Tabuisierung“ die Antworten der beiden Stichproben nicht unterscheiden, im Gegensatz zu allen anderen Einstellungsbereichen. Der Grad der Tabuisierung und Geheimhaltung spiegelt nicht so sehr die Einstellungen der Befragten zu psychisch Kranken, sondern vielmehr eine in beiden Populationen übereinstimmende Einschätzung des Ausmasses an Vorurteilen und möglicher Benachteiligung psychisch Kranker in der gegenwärtigen Gesellschaft.

6.2.7 Einschätzung der Öffentlichkeit

Schenkt die Öffentlichkeit den Anliegen psychisch Kranker genügend Aufmerksamkeit? Wird genügend unternommen, um psychischen Krankheiten vorzubeugen? Ist die Bevölkerung ausreichend über psychische Krankheiten aufgeklärt, um sie beispielsweise früh genug als solche erkennen zu können? Die Antworten auf diese drei Fragen haben erste Hinweise darüber gebracht, wie der Handlungsbedarf in Sachen Öffentlichkeitsarbeit in der Ärzteschaft der deutschsprachigen Schweiz gesehen wird.

Das Anliegen einer vermehrten Aufklärung der Öffentlichkeit über psychische Krankheiten mit dem expliziten Ziel, diese in einem möglichst frühen Stadium erkennen zu können, findet die eindeutigste Unterstützung (82%) bei der Ärzteschaft. Dieses Ergebnis deckt sich mit dem Befund der Studie in Österreich, bei der sich der gleiche Prozentsatz der befragten Allgemeinpraktiker für die Förderung der Früherkennung durch vermehrte Öffentlichkeitsarbeit aussprachen (Schöny, 1989, S. 78). Auf der gleichen Linie liegt ein Ergebnis von Lauber, Schmid Diebold & Rössler, (2001), demzufolge bei einer Befragung zu den Einstellungen gegenüber psychiatrischer Forschung drei Viertel der Angehörigen von psychisch Kranken die Bemühungen zur Früherkennung von Psychosen unterstützen. Vermehrte Aufklärung der Öffentlichkeit ist nach Pamperin (1999) Teil der Lobbyarbeit im Bereich der Psychiatrie. Lobbyarbeit soll, vor allem mit Hilfe der Massenmedien, mittels sachlich richtiger Information die Kenntnisse über psychische Krankheit in der Öffentlichkeit verbessern, und so – neben der erwähnten Früherkennung von Psychosen – auch helfen, ungerechtfertigten Ängsten vor psychisch Kranken den Nährboden entziehen. Die dargestellten Überlegungen illustrieren die grosse Bedeutung eines aktuellen Wissensstands der Bevölkerung. Die hohe Zustimmung zur Aussage, dass die Allgemeinheit viel zu wenig aufgeklärt sei, um psychische Krankheiten rechtzeitig zu erkennen, lässt auf eine hohe

Bereitschaft der Ärzteschaft zur Mitarbeit hoffen, wenn es darum geht, Wissenslücken der Bevölkerung mit geeigneten Massnahmen zu schliessen. Jedenfalls ist Aufklärungsarbeit zur Unterstützung von Früherkennung psychischer Krankheiten jene Stossrichtung, für die der Konsens unter den Allgemeinpraktikern am grössten ist.

Auch grössere Anstrengungen zur Prävention psychischer Krankheiten und vermehrte öffentliche Aufmerksamkeit für psychisch Kranke finden überwiegende Unterstützung bei den Allgemeinpraktikern. In Österreich hat dieselbe Berufsgruppe diesen Anliegen ähnlich deutlich zugestimmt (Schöny, 1989, S. 77). In den Überlegungen und Empfehlungen der Europäischen Union zum Bereich psychische Gesundheit (Lehmann, 2004) werden diese Anliegen aufgenommen. Die hier referierten Ergebnisse können als Hinweis darauf gewertet werden, dass ein Einbezug der Hausärzte in geeigneter Weise bei der Umsetzung dieser Empfehlungen im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit nicht durch mangelnde Problemeinsicht oder Motivation der Ärzteschaft behindert würde.

6.2.8 Confounder-Variablen

6.2.8.1 *Geschlecht*

Der Einfluss der Geschlechtszugehörigkeit auf Einstellungen zu psychisch Kranken und psychiatrischen Themen wird in der Literatur als eher gering und uneindeutig beschrieben (Stuart & Arboleda-Flórez, 2001). Wenn Unterschiede aufgeführt werden, betreffen sie meist akzeptierendere und weniger vorurteilsbeladene Einstellungen bei Frauen (Angermeyer & Siara, 1994a). Auch in der Population der Allgemeinpraktiker gingen die wenigen signifikanten Unterschiede zwischen Ärzten und Ärztinnen in diese Richtung.

Verglichen mit ihren männlichen Kollegen tendieren Allgemeinpraktikerinnen dazu, weniger als 5 Patienten pro Stunde zu behandeln. Dadurch steht für den einzelnen Patienten mehr Zeit zur Verfügung. Dass die Zeit bei ärztlichen Konsultationen oft sehr knapp bemessen ist und kaum ein tieferes Gespräch zulässt, ist ein viel gehörter Kritikpunkt der heutigen ärztlichen Versorgung. Kritiker sehen darin eine Vernachlässigung des mitmenschlichen Beziehungsaspekts in der Medizin zugunsten von mechanischen Aspekten wie beispielsweise der Verschreibung von Medikamenten. Vielleicht gewichten Ärztinnen die Wichtigkeit menschlichen Kontakts im Gespräch auch bei Konsultationen höher als Ärzte? Dazu würde passen, dass Psychopharmaka von Ärztinnen nicht so häufig als wirksamste Mittel zur Behandlung von psychischen Krankheiten beurteilt werden wie von Ärzten. Auch sind Ärztinnen eher der Ansicht als Ärzte, dass viel zu wenig getan wird, um psychischen Krankheiten vorzubeugen. Es liegt durchaus ein präventiver Aspekt in einem mitfühlenden und entlastenden Gespräch bei psychischen Problemen. Das gilt natürlich nicht nur im Rah-

men ärztlicher Konsultationen. Konsequenterweise lehnen Ärztinnen die Aussage, wonach Einrichtungen für psychisch Kranke ausserhalb von Wohngebieten sein sollten, auch entschiedener ab als ihre männlichen Kollegen.

6.2.8.2 Alter

Das Alter der befragten Allgemeinpraktiker ist im Allgemeinen nicht von Einfluss auf die gefundenen Einstellungen. Die aufschlussreichen Ausnahmen betreffen den Einfluss auf die Einstellungen zur Gemeindepsychiatrie, die Frage, ob die Einheirat eines psychisch Kranken in die Familie akzeptiert würde, die praktische Erfahrung in der Psychiatrie und Kontakt im Bekanntenkreis.

Die Einstellung der Allgemeinpraktiker zu gemeindepsychiatrischen Konzepten und Einrichtungen ist von hoher Akzeptanz gezeichnet. In der positiven Korrelation von Alter und Skalscore „Positive Einstellungen zur Gemeindepsychiatrie“ zeigt sich, dass die Unterstützung durch ältere Hausärzte und Hausärztinnen sogar noch entschiedener und eindeutiger ausfällt. Dieser Befund steht im Gegensatz zu bisherigen Untersuchungen, die eine bei älteren Menschen verstärkte Tendenz feststellten, psychisch Kranke zu isolieren (Wolff et al. 1996). Viele ältere Allgemeinpraktiker haben frühere Konzepte psychiatrischer Versorgung und die Effekte der Änderungen in Richtung Gemeindepsychiatrie selber erlebt. Es könnte sein, dass die Beurteilung der Veränderungen, die die Gemeindepsychiatrie mit sich gebracht hat, besonders positiv ausfällt auf dem Hintergrund der eigenen Erinnerung an frühere Zustände.

Ein weiterer Zusammenhang besagt, dass ältere Allgemeinpraktiker weniger mit der Einheirat eines psychisch Kranken in die Familie einverstanden sind. Aus der Literatur ist der Zusammenhang von Alter und höherer sozialer Distanz bekannt (Litzcke, 2003). Dieser Zusammenhang zeigt sich zwar in der Tendenz bei den Allgemeinpraktikern, er ist jedoch nur in Bezug auf die Frage nach der Einheirat signifikant. Die Auffassungen über die Bedeutung der Heirat und darüber, ob die Wahl eines Ehepartners eine autonome individuelle Entscheidung oder eher eine Familienangelegenheit sei, sind im Wandel begriffen. Vielleicht spiegelt der sogar bei den Ärzten sichtbare Einfluss des Alters auf die Beantwortung dieser Frage etwas von diesem Wandel wieder.

Ältere Allgemeinpraktiker haben eher praktische Erfahrungen in der Psychiatrie gesammelt als ihre jüngeren Kollegen. Sollte sich dieser Zusammenhang in anderen Untersuchungen replizieren lassen, müssten für ein besseres Verständnis dieses Sachverhalts Fragen über die Motivation zu einem praktischen Einsatz in der Psychiatrie gestellt werden. Vielleicht war das Berufsverständnis des Allgemeinpraktikers früher mehr von dem eines Allrounders geprägt, der in möglichst vielen Gebieten praktische Erfahrung sammeln sollte? Oder Praktika

in der Psychiatrie während der Ausbildung (von einigen Ärzten als Anlass ihrer Erfahrung in der Psychiatrie erwähnt) waren früher selbstverständlicher? Der Befund jedenfalls ist, wenn auch nicht genauer zu klären, auch auf dem Hintergrund der Forderungen nach einer verbesserten Integration der Psychiatrie in die medizinische Ausbildung nicht uninteressant.

6.2.8.3 Persönlicher Kontakt

94% der befragten Hausärzte bestätigten Kontakte zu psychisch Kranken im Freundes- oder Bekanntenkreis, 61% hatten solche Kontakte auch in der eigenen Familie. Der Literatur zufolge korrelieren persönliche Kontakte zu psychisch Kranken mit geringer sozialer Distanz und akzeptierenden Einstellungen zu psychisch Kranken und gemeindepsychiatrischen Einrichtungen. Im Gegensatz zu den recht klaren Befunden in der Literatur konnte kein nachweisbarer Einfluss der persönlichen Kontakte von Allgemeinpraktikern auf deren Einstellungen festgestellt werden. Wie die Ergebnisse des Vergleichs mit der Gesamtbevölkerung gezeigt haben, sind die Werte der Allgemeinpraktiker bezüglich sozialer Akzeptanz und Akzeptanz von gemeindepsychiatrischen Einrichtungen auf ausgesprochen hohem Niveau angesiedelt. Es kann angenommen werden, dass die häufigen beruflichen Kontakte von Hausärzten mit psychisch Kranken dabei eine so zentrale Rolle spielen, dass der Faktor von Bekanntschaft im Freundeskreis oder Familienumfeld sozusagen überlagert wird und nicht mehr nachzuweisen ist.

6.2.8.4 Stadt und Land

Das eher überraschende Ergebnis, dass Landärzte weniger soziale Distanz zu psychisch Kranken aufweisen als Stadtärzte ist nicht einfach erklärbar. Unterschiede zwischen Stadt und Land werden im Allgemeinen eher als schwach und wenn vorhanden, dann in Richtung grösserer Vorurteile bei der Landbevölkerung beschrieben (Angermeyer et al., 1985). Auffallend ist, dass die drei sozialen Situationen Untermieter, Arbeitskollege und Stellenempfehlung, in denen sich Landärzte als sozial weniger distanziert beschreiben, eher formale Beziehungen betreffen.

6.2.8.5 Anomie

Wenn es darum geht, den in der Vignette beschriebenen Schizophrenen jemandem aus dem eigenen Bekanntenkreis vorzustellen oder als Nachbarn zu akzeptieren, sind Allgemeinpraktiker mit hohen Anomiewerten zurückhaltender als jene mit tiefen Werten in diesem Bereich. Der von anomischen Menschen erlebte Werte- und Normenverlust wird mit erhöhter Distanz zu allem Fremden in Verbindung gesetzt (Hoffmann & Even, 1984), und psychisch Kranke werden häufig als fremdartig und unberechenbar betrachtet. Aus dieser

Sicht ist die positive Korrelation von sozialer Distanz und Anomie bei den Items „Vorstellung im Bekanntenkreis“ und „Nachbarn“ nachvollziehbar. Es wird jedoch nicht deutlich, weshalb sich der Zusammenhang nur bei diesen beiden Items, nicht aber in Bezug auf den Skalenscore und die übrigen Items zeigte. Es konnten auch keine anderen Zusammenhänge von Anomie beispielsweise mit erhöhter Ablehnung gemeindepsychiatrischer Projekte gefunden werden, sondern nur noch eine weitere, sehr spezifische Korrelation: Allgemeinpraktiker, die beim Persönlichkeitsmerkmal „Anomie“ einen hohen Skalenscore aufweisen, tendieren dazu, die Aussage „Es wird zu wenig getan um psychischen Störungen vorzubeugen“ abzulehnen. Anomie ist durch Zukunftsangst, Pessimismus, Unzufriedenheit und Misstrauen charakterisiert (Atteslander, Gransow und Western, 1999). Es scheint, dass gerade das Anliegen der Prävention bei einem anomischen Persönlichkeitshintergrund nicht auf fruchtbaren Boden fällt.

Gesamthaft gesehen kann der Einfluss der Anomie und der übrigen referierten Confounder-Variablen auf die Einstellungen der Allgemeinpraktiker als gering angesehen werden. Die generell eher schwachen und unsystematischen Korrelationen deuten darauf hin, dass die Einstellungen der Hausärzte in sehr starkem Mass von Faktoren beeinflusst sind, die in direktem Zusammenhang mit ihrem Beruf stehen. Dadurch wird die in der Gesamtbevölkerung durchaus nachweisbare Wirkung anderer Confounder-Variablen überblendet.

6.2.9 Einfluss von Bildung, Alter und berufsspezifischen Faktoren auf die Unterschiede zwischen Allgemeinpraktikern und Gesamtbevölkerung

Womit hängen die gefundenen Unterschiede zusammen? Bei dieser Frage muss beachtet werden, dass die Population der Allgemeinpraktiker bezüglich Bildungsgrad und Alter von der Gesamtbevölkerung systematisch abweicht. Allgemeinpraktiker weisen einen höheren Bildungsgrad auf und sie kommen aus einem unterschiedlichen Alterssegment (zwischen 35 Jahren und 71 Jahren) bei einem Durchschnittsalter von 49 Jahren. Der Einfluss dieser Unterschiede der Populationen erwies sich als bedeutsam, es zeigte sich jedoch, dass die signifikanten Einstellungsunterschiede nicht hauptsächlich darauf zurückgeführt werden können. Neben diesen demografischen Faktoren kann damit angenommen werden, dass berufsspezifische Faktoren von Bedeutung sind, die mit der medizinischen Ausbildung und der Tätigkeit als Allgemeinpraktiker in Zusammenhang stehen, wie beispielsweise Expertenwissen über Krankheiten und Medikamente und die ganz spezielle Art und Frequenz von Kontakten mit psychisch Kranken, die sich aus der Praxistätigkeit ergeben.

Im Folgenden wird die Einflussnahme von Bildungsgrad, Alter und berufsspezifischen Faktoren diskutiert.

6.2.9.1 Einfluss von Bildungsgrad und Altersverteilung

Um den Einfluss der höheren Bildung der Allgemeinpraktiker und der unterschiedlichen Altersstruktur dieser Population abschätzen zu können, wurde ein bezüglich Bildung und Alter angeglichenes Subsample der Gesamtbevölkerung gebildet. Es wurde überprüft, ob die signifikanten Unterschiede bei den Mittelwerten und Einzelitems der verschiedenen Einstellungsgebiete auch im Vergleich der Allgemeinpraktiker mit diesem Subsample auftreten.

Die Resultate zeigen ein eindeutiges Bild. Allgemeinpraktiker akzeptieren und befürworten *gemeindepsychiatrische Konzepte* und Einrichtungen signifikant stärker als das genannte Subsample aus der Gesamtbevölkerung. Auch stehen sie *Psychopharmaka* weniger skeptisch gegenüber und beurteilen die Kosten/Nutzen Bilanz bei deren Verwendung positiver. Bei der Einschätzung von *Nebenwirkungen* ergibt sich der gleiche Befund. Die Allgemeinpraktiker schätzen die Notwendigkeit der Akzeptanz von Nebenwirkungen signifikant höher ein als das Subsample.

In allen drei Fällen befinden sich die Skalenscores des Subsamples mit hohem Bildungsgrad zwischen den Werten der Gesamtbevölkerung und den Allgemeinpraktikern, jedoch entschieden näher bei den Werten der Gesamtbevölkerung. Diese Ergebnisse sind so zu verstehen, dass die höhere Akzeptanz der Ärzteschaft in den Einstellungsgebieten Gemeindepsychiatrie, Psychopharmaka und Nebenwirkungen nur zu einem geringen Teil mit dem höheren Bildungsniveau und der unterschiedlichen Alterstruktur der Ärzte erklären lassen. Bei der Diskussion der Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse wird auf den Anteil eingegangen, den Alter und Bildung an die Varianzaufklärung leisten.

Auch in Hinsicht auf die soziale Distanz sind nicht die Bildung und das Alter der Ärzte für deren signifikant höhere Kontaktbereitschaft verantwortlich zu machen. Die Unterschiede sind sogar ausgeprägter, wenn mit dem bezüglich Bildung und Alter angeglichenen Subsample der Gesamtbevölkerung verglichen wird. Die geringere soziale Distanz der Ärzte zu psychisch Kranken muss also ebenfalls mit anderen, wahrscheinlich berufsspezifischen Faktoren zusammenhängen.

6.2.9.2 Der Einfluss der Zugehörigkeit zur Berufsgruppe der Allgemeinpraktiker

Mit einer einfachen logistischen Regressionsanalyse wurde berechnet, ob die Zugehörigkeit zur Berufsgruppe der Hausärzte mit den Skalenscores „Gemeindepsychiatrie“ „Psychopharmaka“ „Nebenwirkungen“ und „Soziale Distanz“ korreliert, und wie gross der Anteil der Varianz ist, der durch diese Berufsgruppenzugehörigkeit aufgeklärt wird. Weiter wurde mit einer

multiplen Regressionsanalyse berechnet, wie sich diese Korrelationen und die Varianzaufklärung ändern, wenn die Störvariablen Alter und Bildung als Prädiktorvariablen in das Regressionsmodell einbezogen werden.

Bezüglich aller vier Skalenscores zeigen die Regressionsanalysen signifikante Korrelationen mit der Zugehörigkeit zur Berufsgruppe der Hausärzte. Diese Zusammenhänge bleiben bestehen, wenn der Einfluss von Alter und Bildungsgrad einbezogen wird. Die Tatsache, dass jemand ein Medizinstudium absolviert hat und als Allgemeinpraktiker arbeitet, ist damit als ein eigenständiger Faktor anzusehen, der auf die Einstellungen in den interessierenden Bereichen Einfluss nimmt. Am stärksten ist dabei der Einfluss auf die Einstellungen zu Psychopharmaka. Die recht hohe Varianzaufklärung von 24% in diesem Bereich kann als Hinweis darauf gewertet werden, dass das Expertenwissen über Psychopharmaka und die praktische therapeutische Erfahrung der Hausärzte mit diesen Medikamenten für die Einstellungsbildung von grosser Bedeutung sind. Dies wird auch gestützt durch die Befunde einer vergleichenden Untersuchung der Einstellungen von Psychiatern und Allgemeinbevölkerung (Zogg, 2001). Dort zeigte sich, dass Psychiater vergleichbar akzeptierende Einstellungen haben und krasse negative Vorurteile sogar tendenziell entschiedener ablehnten als Hausärzte. Bei Psychiatern kann im Bereich der Pharmakotherapie denn auch bezüglich Expertenwissen und Erfahrung in der therapeutischen Anwendung von einem ähnlichen oder noch höheren Niveau ausgegangen werden als bei Hausärzten.

Auch bei der Akzeptanz von Nebenwirkungen gehen die Ergebnisse in eine ähnliche Richtung. Die aufgeklärte Varianz durch den Prädiktor „Stichprobenzugehörigkeit Allgemeinpraktiker“ trägt zur Erklärung der gesamten Varianz weniger bei als bei den Einstellungen zu Psychopharmaka. Ein Blick auf die einzelnen Items zeigt, dass die Unterschiede bei der Beurteilung der Nebenwirkungen mit deren Schweregrad zusammenhängen. Beim Auftreten von andauernder innerer Unruhe und auffallenden Bewegungsstörungen würde sowohl bei den Hausärzten als auch in der von Allgemeinbevölkerung nur eine Minderheit das Medikament beibehalten. Bei der Suchtgefahr, wo Expertenwissen und therapeutische Erfahrung gegen die in der Fragestellung implizite Generalisierung auf alle Psychopharmaka sprechen, sind die Unterschiede zwischen Hausärzten und Allgemeinbevölkerung hingegen sehr ausgeprägt, ebenso bei den aus medizinischer Sicht nicht so schwerwiegenden Nebenwirkungen wie Mundtrockenheit oder starkem Schwitzen.

Die Zugehörigkeit zur Stichprobe der Allgemeinpraktiker korreliert signifikant mit dem Skalenscore für „Soziale Distanz“. Die erklärte Varianz ist mit 16% relativ hoch. Dieser Zusammenhang bleibt auch unter Einbezug von Bildung und Alter als weitere Prädiktorvariablen bestehen. Der schwache gegenläufige Einfluss des Alters, der sich dabei

zeigt, stimmt mit Untersuchungen überein, wonach sich die gewünschte soziale Distanz zu psychisch Kranken mit zunehmendem Alter eher erhöht (Litzcke, 2003). Da sich die Bildung nicht als ein signifikanter Einflussfaktor erwies, verstärkt sich die Annahme, dass die Ausübung der hausärztlichen Tätigkeit zu den grossen Unterschieden zwischen Allgemeinpraktikern und Gesamtbevölkerung beiträgt.

Als am wenigsten ausgeprägt erweist sich in der Regressionsanalyse der Zusammenhang der Zugehörigkeit zur Berufsgruppe der Allgemeinpraktiker mit den Einstellungen zur Gemeindepsychiatrie, obwohl auch dieser signifikant ist. Die aufgeklärte Varianz von 6 % ist als eher gering zu bezeichnen. Wie im Kapitel 6.2.1. ausgeführt, sind die Unterschiede vor allem auf die eindeutiger akzeptierenden Antworten der Hausärzte zurückzuführen. Die Stellungnahmen der Allgemeinbevölkerung liegen ebenfalls deutlich im akzeptierenden Bereich (Skalenscore 4.19 von 5, gegenüber 4.7 bei den Hausärzten). Diese Ergebnisse bedeuten, dass die Unterschiede zwischen Hausärzten und Allgemeinbevölkerung im Bereich der Einstellungen zur Gemeindepsychiatrie keine grundsätzlich polar verschiedenen Beurteilungen spiegeln, sondern eher auf die grössere Beurteilungssicherheit der Ärzte zurückgehen. Zur Erklärung dieser grösseren Sicherheit wiederum kann der Einfluss der beschriebenen an die berufliche Tätigkeit gebundenen praktischen Erfahrungen mit der Gemeindepsychiatrie beigezogen werden.

6.3 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

In der vorliegenden Studie wurden erstmals Allgemeinpraktiker der deutschen Schweiz hinsichtlich ihrer Einstellungen zu chronisch psychisch Kranken, gemeindepsychiatrischen Konzepten und Pharmakotherapie untersucht. Dabei war der Vergleich der Einstellungen mit denjenigen der Gesamtbevölkerung im gleichen geografischen Raum von speziellem Interesse. Die Ergebnisse belegen grosse Unterschiede in den untersuchten Einstellungsbereichen. Die Einstellungen der Hausärzte erweisen sich im Vergleich zur Gesamtbevölkerung insgesamt als akzeptierender und weniger von Vorurteilen geprägt.

Gemeindepsychiatrische Einrichtungen werden von der überwiegenden Mehrheit der Hausärzte begrüsst. Dabei werden Vorurteile bezüglich von solchen Einrichtungen ausgehenden Gefahren entschieden abgelehnt und die Integration in Wohngebiete eindeutiger befürwortet als in der Gesamtbevölkerung.

Stellenwert und Bedeutung von *Psychopharmaka* werden von den Allgemeinpraktikern sehr hoch eingeschätzt. Das Verhältnis von Kosten und Nutzen wird von ihnen sehr viel positiver gesehen als von der Gesamtbevölkerung. Pauschalisierungen, die nur den Aspekt der Ruhigstellung oder Suchtgefährdung hervorheben und die erwünschten Wirkungen dieser Me-

dikamente in Frage stellen und die sich in der Bevölkerung als ziemlich verbreitet erweisen, werden von den Hausärzten praktisch ausnahmslos abgelehnt.

Ebenfalls sehr ausgeprägte Unterschiede zeigen sich in der Frage, wie lange bestimmte *Nebenwirkungen* zugunsten der intendierten Hauptwirkungen in Kauf genommen werden sollten. Dabei muss festgehalten werden, dass die ausgeprägtesten Unterschiede in der Akzeptanz bei den oft als „leichtere“ apostrophierten Nebenwirkungen (unangenehme Mundtrockenheit, starkes Schwitzen, andauernde Müdigkeit und Sexualstörungen) zu finden sind.

In dieser Untersuchung zeigen Hausärzte das Muster einer sich mit zunehmendem Intimitätsgrad vergrößernden *sozialen Distanz*, das auch in der Literatur mehrfach beschrieben worden ist (Vezzoli et al. 2001). Die Kontaktbereitschaft ist aber in allen untersuchten sozialen Situationen signifikant höher als jene der Gesamtbevölkerung.

Die hiermit nochmals zusammengefassten, teilweise prägnanten Unterschiede scheinen hauptsächlich mit der Stichprobenzugehörigkeit der Befragten zusammenzuhängen. Der Einfluss von Confounder-Variablen wie Geschlecht, Alter und Anomie zeigt sich nur punktuell in vom inhaltlichen Kontext her gut nachvollziehbaren Bezügen. Der Bildungsgrad der Allgemeinpraktiker als eines der berufsspezifischen Charakteristika trägt einen Teil zur Erklärung der gefundenen Unterschiede zur Gesamtbevölkerung bei. Ein Vergleich der Hausärzte mit einem bezüglich Bildungsgrad angeglichenen Segment der Gesamtbevölkerung zeigt jedoch, dass Bildung nicht als hauptsächliche Determinante der Unterschiede angesehen werden kann, da diese signifikant bleiben. Es kann vermutet werden, dass das Expertenwissen der Hausärzte sowie die Art und Häufigkeit der beruflichen Kontakte mit psychisch Kranken als weitere berufsspezifische Faktoren von Bedeutung sind. Ein Hinweis darauf, dass nicht nur das im Studium erworbene Expertenwissen, sondern insbesondere auch die häufigen beruflichen Kontakte mit psychisch Kranken und die Behandlungserfahrung in der Praxis eine zentrale Rolle spielen, ergibt sich auch daraus, dass bei fortgeschrittenen Medizinstudenten keine grossen Einstellungsunterschiede zur Bevölkerung nachgewiesen werden konnten. Medizinstudenten verfügen über wenig Erfahrung bei der Anwendung von Psychopharmaka und unterscheiden sich auch im Hinblick auf den beruflichen Kontakt und die Behandlungserfahrung mit psychisch Kranken von den praktizierenden Ärzten. Damit wird der Erklärungsansatz gestützt, wonach häufige positive Erfahrungen bei der Anwendung von Psychopharmaka zu einer positiveren Einstellung gegenüber diesen Behandlungsmitteln generell sowie zur grösseren Akzeptanz von Nebenwirkungen beitragen

Im Hinblick auf die Diskussion der Unterschiede in der Akzeptanz von Nebenwirkungen könnte es wichtig sein, die gefundenen Ergebnisse der Ärzteschaft selber zu vermitteln. Wenn die Sichtweise und Einstellung von Fachleuten und Öffentlichkeit sehr divergiert, kann das gemäss Jorm, Korten, Jacomb, Christensen, Rodgers & Pollitt (1997) den Widerstand erhöhen, eine angemessene psychiatrische Behandlung aufzusuchen. Die Diskrepanz der Einschätzungen ist augenfällig, und das Bewusstsein darüber könnte die Motivation der Ärzte erhöhen, in genauen und geduldigen Absprachen mit Betroffenen und Angehörigen mögliche Nebenwirkungen zu erläutern, den Umgang damit zu besprechen, den Grund für den Einsatz von Psychopharmaka zu erklären, generell hier mehr Überzeugungsarbeit zu leisten. Die Verbesserung der Compliance gerade in der Psychopharmakatherapie wird in der Fachliteratur immer wieder als zentrales Anliegen erwähnt (Finzen 2001, S.28).

Die Gesamtschau der Resultate zeigt als markantes Ergebnis, dass in den Bereichen chronisch psychisch Kranke, gemeindepsychiatrische Anliegen und Pharmakotherapie die Einstellungen der Allgemeinpraktiker weniger von Vorurteilen und ablehnenden Einstellungen geprägt sind als diejenigen der Gesamtbevölkerung. In vielen Untersuchungen zu diesen Einstellungsbereichen wird die Bedeutung der Allgemeinpraktiker als Schlüsselpersonen und Meinungsmacher betont (Grausgruber et al. 1989; Meise et al. 1991; Rössler, 1998). Wenn die Hausärzte diese ihnen oft zugeschriebene Rolle als wirkungsvolle Meinungsmacher tatsächlich wahrnehmen würden, wäre zu erwarten, dass sich die Einstellungen der Gesamtbevölkerung jenen der Ärzte angleichen. Die grossen Unterschiede, wie sie in der vorliegenden Arbeit belegt wurden, zeigen jedoch, dass das nicht der Fall ist. Diese Diskrepanz kann als Hinweis darauf gewertet werden, dass die meinungsbildende Rolle der Ärzte in der Gesellschaft wohl eher überschätzt wird resp. einem Wunschdenken entspricht, oder das Potential der Hausärzte als Meinungsbildner nicht vollständig ausgeschöpft ist.

7 Ausblick

Der Fokus auf zerebrale Pathologie und den individuellen biographisch-psychologischen Hintergrund zum Verständnis psychischer Krankheit führte bis in die achtziger Jahre des letzten Jahrhunderts zu einer Vernachlässigung der Bedeutung des Bezugs zur sozialen Umwelt. Hierzu gehört die Erforschung von Vorurteilen und Einstellungen gegenüber psychischen Störungen und deren Behandlung. Die vorliegende Arbeit leistet ihren Beitrag zu diesem Forschungsgebiet, indem sie zur Kenntnis der Einstellungen von Allgemeinpraktikern in der deutschen Schweiz beiträgt. Zukünftige Forschung könnte hier auf verschiedenen Ebenen anschliessen.

Eine Hauptmotivation von Einstellungsforschung ist letztlich die Hoffnung, Einstellungen zu verändern, die von negativen Vorurteilen und Mangel an sachlicher Information geprägt sind. Veränderte Einstellungen wiederum – im vorliegenden Zusammenhang gegenüber psychisch Kranken und deren Behandlung – sollen Verhalten unterstützen, das Früherkennung, optimale Behandlungsmöglichkeiten und soziale Integration von psychisch Kranken gewährleistet und nicht durch Stigmatisierung, Marginalisierung und Tabuisierung das Leiden der Betroffenen erhöht. Weitere Grundlagenforschung zur Klärung des komplexen Verhältnisses von Einstellung und Verhalten sowie genaueres Wissen über Prozesse, die Einstellungsänderungen begünstigen sind unumgänglich. Die konkrete Umsetzung von Ergebnissen der Einstellungsforschung würde erleichtert durch gesichertes Wissen darüber, wie sich Einstellungen bilden, wovon sie abhängig sind, wie sie beeinflussbar sind und wie sie mit konkretem Verhalten zusammenhängen.

Am Schluss der Befragung wurden die Ärzte nach spontanen Ideen zur Verbesserung der Einstellungen und zum Abbau von Vorurteilen gefragt. Am häufigsten wurde die Intensivierung von Öffentlichkeitsarbeit genannt. Die Konkretisierung dieses Anliegens ist ein Forschungsbereich, in dem Nachholbedarf besteht.

Die zum Teil eklatanten Unterschiede der Einstellungen zwischen Hausärzten und Gesamtbevölkerung werden als Hinweis darauf gewertet, dass die vielbeschworene Rolle der Hausärzte als Meinungsführer nicht in dem Umfang greift, der in der Literatur postuliert wird. Es müssten geeignete Massnahmen erarbeitet werden, die Ärzte schon im Studium auf diesen Aspekt ihres Berufs vorbereiten. Dies würde heissen, dass die Ärzte bestimmte Formen von Öffentlichkeitsarbeit einüben. Die Arbeit von Pamperin (1999) könnte hier ein Ausgangspunkt sein, weil sie aufzeigt, wie unterschiedlich Öffentlichkeitsarbeit angegangen werden muss, je nachdem, ob auf nationaler Ebene oder auf Gemeindeebene angesetzt wird.

Aus den ausgeprägten Unterschieden zwischen Allgemeinpraktikern und der Gesamtbevölkerung in der Einstellung zu Psychopharmaka und in der Akzeptanz von

Nebenwirkungen sollten Konsequenzen gezogen werden. Als erstes sollten diese Ergebnisse in geeigneter Form der Ärzteschaft rückgemeldet werden. Mehr Bewusstsein der Ärzte über die grosse Kluft zwischen ihnen und der Gesamtbevölkerung könnte dazu beitragen, dass die Ärzte in Gesprächen mit psychisch Kranken und ihren Angehörigen geduldiger und adressatengerechter auf deren Bedenken und generalisierte Vorurteile eingehen. Die weite Verbreitung von durch Fehlinformationen und Generalisierungen unterstützten Vorurteilen (Stuart, 2003), sowie die mangelnde Fähigkeit der Öffentlichkeit, zwischen den so unterschiedlichen Arten von Psychopharmaka zu differenzieren, sind Missstände, deren Verbesserung mit vermehrten Anstrengungen angegangen werden muss. Diese Aufgabe kann natürlich nicht in erster Linie dem ärztlichen Gespräch aufgebürdet werden, sondern muss alle Möglichkeiten wie Medienarbeit, Informationskampagnen, die Erarbeitung von Unterrichtseinheiten für verschiedene Schulstufen etc. mit einbeziehen.

Einer der berufsspezifischen Faktoren, die vermutlich zum Verständnis der gefundenen Unterschiede wesentlich beitragen, ist jene Art von Kontakt zu psychisch Kranken, die deren Behandlung im Rahmen einer hausärztlichen Praxis mit sich bringt. Qualitative Forschung könnte in vertiefenden Einzelinterviews Merkmale dieses Kontakts herausarbeiten und der Frage nachgehen, ob Ärzte selber Einflüsse ihrer täglichen Behandlungsarbeit auf ihre Einstellungen feststellen und beschreiben können. Jedenfalls wäre es nützlich, mehr darüber zu wissen, ob Kontakte zu psychisch Kranken, die weder zu unpersönlich noch belastend nah erlebt werden, am ehesten geeignet sind, akzeptierende und unterstützende Einstellungen zu fördern.

Dieser Ausblick – und damit auch die vorliegende Arbeit – soll mit folgendem Hinweis schliessen. Einstellungen zu psychisch Kranken hängen wie alle Einstellungen zu marginalisierten Gruppen einer Gesellschaft sehr mit dem jeweils herrschenden Zeitgeist zusammen (Möller-Leimkühler 2004). Ein Blick auf die immensen Änderungen im Gebiet der Psychiatrie im Lauf des letzten Vierteljahrhunderts und die zur Zeit laufenden Aktionen im Rahmen der Anti-Stigma Kampagne zeigt, dass vieles in Bewegung geraten ist. „Richtige“ Einstellungen und „richtige“ Behandlung sind immer auch Gegenstand eines breiteren gesellschaftlichen Diskurses über den Umgang mit Minderheiten. Forschung auf diesem Gebiet ist damit nie abschliessend, und nur die Vernetzung aller Beteiligten und die ständige Rückkopplung mit den Betroffenen können eine genügende Orientierung im Fluss der Veränderung bieten.

8 Literaturverzeichnis

- Addington, J., Coldham, E.L., Jones, B., Ko, T. & Addington, D. (2003). The first episode of psychosis: the experience of relatives. *Acta Psychiatr Scand* 108, 285–289.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1977). Attitude-behaviour relations: a theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin* 84, 888-918.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), *Action Control. From Cognition to Behavior* (S. 11-39). Berlin: Springer.
- Angermeyer M.C., Buyantugs L., Kenzine D.V. & Matschinger H. (2004). Effects of labelling on public attitudes towards people with schizophrenia: are there cultural differences? *Acta Psychiatrica Scandinavica* 109, 420–425.
- Angermeyer M.C., Däumer R., Matschinger H. (1993) Benefits and risks of psychotropic medication in the eyes of the general public: Results of a survey in the Federal Republic of Germany. *Pharmacopsychiatry* 26:114-120.
- Angermeyer, M. C., Heiss, S., Kirschenhofer, S., Ladinser, E., Löffler, W., Schulze, B. & Swiridoff, M. (2003). Die deutsche Version des Community-Attitudes-toward-the mentally-ill (CAMI) Inventars. *Psychiatrische Praxis* 30, 202-206.
- Angermeyer, M.C. & Matschinger, H. (1994). Lay beliefs about schizophrenic disorder: the results of a population survey in Germany. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89 (suppl. 382), 39-45.
- Angermeyer, M.C. & Matschinger, H. (1995). *Auswirkungen der Reform der psychiatrischen Versorgung in den neuen Ländern der Bundesrepublik Deutschland auf die Einstellung der Bevölkerung zur Psychiatrie und zu psychisch Kranken*. Baden-Baden: Nomos.
- Angermeyer, M.C. & Matschinger, H. (1996). The effect of personal experience with mental illness on the attitude towards individuals suffering from mental disorders. *Journal of Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 31, 321 – 326.
- Angermeyer, M.C. & Matschinger, H. (2003). The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108:4, 304-309.
- Angermeyer, M.C. & Schulze, B. (2001). Reducing the stigma of schizophrenia: understanding the process and options for interventions. *Epidemiologia e psichiatria sociale* 10 (1), 1-7.
- Angermeyer, M.C. & Siara C. (1994a). Auswirkungen der Attentate auf Lafontaine und Schäuble auf die Einstellung der Bevölkerung zu psychisch Kranken. Teil 1: Die Entwicklung im Jahre 1990. *Nervenarzt* 65, 41-48.

- Angermeyer, M.C. & Siara C. (1994b). Auswirkungen der Attentate auf Lafontaine und Schäuble auf die Einstellung der Bevölkerung zu psychisch Kranken. Teil 2: Die Entwicklung im Jahre 1991. *Nervenarzt* 65, 49-56.
- Angermeyer, M.C. (1991). Einstellung der Bevölkerung der BRD zu psychiatrischen Patienten und zu psychiatrischen Einrichtungen. *Forum der Gesundheitswissenschaften* 1, 8-24.
- Angermeyer, M.C. (2003). Das Stigma psychischer Krankheit aus der Sicht der Patienten – Ein Überblick. *Psychiatrische Praxis* 30, 358-366.
- Angermeyer, M.C. (2004). Stigmatisierung psychisch Kranker in der Gesellschaft. *Psychiatrische Praxis* 31, Supplement 2, 246-250.
- Angermeyer, M.C., Beck, M. & Matschinger, H. (2003). Determinants of the Public Preference for Social Distance From People With Schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 663-668.
- Angermeyer, M.C., Matschinger, H. & Corrigan, P.W. (2004). Familiarity with mental illness and social distance from people with schizophrenia and major depression: testing a model using data from a representative population survey. *Schizophrenia Research* 49, 175-182.
- Angermeyer, M.C., Matschinger, H. & Holzinger A. (1999). Akzeptanz gemeindepsychiatrischer Reformen in der Bevölkerung. *Psychiatrische Praxis* 26, 16-21.
- Angermeyer, M.C., Matschinger, H., Sandmann, J. (1994). Die Einstellung von Medizinstudenten zur Behandlung mit Psychopharmaka. *Psychiatrische Praxis* 21, 58-63.
- Anthony, M. (2002). *Einstellung von Psychiatern zu psychisch kranken Menschen und psychiatrischen Einrichtungen*. Unveröff. Lizentiatsarbeit, Universität Zürich, Philosophische Fakultät I.
- Antonak, R. & Livneh, H. (1988). *The measurement of attitudes toward people with disabilities: Methods, psychometrics, and scales*. Springfield: Thomas.
- Arboleda-Florez, J. (2003). Considerations on the Stigma of Mental Illness. *The Canadian Journal of Psychiatry* 48, 645-650.
- Atteslander, P., Gransow, B. & Western, J. (1999). *Comparative anomie research*. Aldershot: Ashgate Publishing Ltd.
- Averill, J.R. (1982). *Anger and Aggression: An essay on emotion*. New York: Springer.
- Barnas, C., Hummer, M. & Fleischhacker, W. W. (1998). Compliance-Probleme bei der Behandlung schizophrener Patienten. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 11, 281-283.
- Baron, R. & Piasecki, J. (1981). The community versus community care. In R. Budson (Ed.), *New directions for mental health services. Issues in Community Residential* (S. 63-76).

San Francisco: Jossey-Bass.

- Bauer, M., Kunze, H., Cranach, M. von, Fritze, J. & Becker, T. (2001). *Acta Psychiatrica Scandinavica* 104, 27-34.
- Benkert, O. (2001). *Psychopharmaka: Medikamente, Wirkung, Risiken*. München: Beck
- Benkert, O., Kepplinger, H.M. & Sobata, K. (1995). *Psychopharmaka im Widerstreit*. Berlin: Springer.
- Benninghaus, H. (1976). *Ergebnisse und Perspektiven der Einstellungs-Verhaltens-Forschung*. Meisenheim am Glan: Hain
- Bogardus, S. (1933) A social distance scale. *Sociology and Social Research* 17, 265-271.
- Bortz, J. & Döring, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation*. Berlin: Springer Verlag.
- Brechbühler, A. (2003). *Einstellungen Angehöriger schizophrener Menschen im Kanton Aargau zu psychisch Kranken und deren Behandlung*. Unveröff. Lizentiatsarbeit, Universität Zürich, Philosophische Fakultät I.
- Brockington, I.F., Hall, P., Levings, J. & Murphy, C. (1993). The community's tolerance of the mentally ill. *British Journal of Psychiatry*, 162, 93-99.
- Brockman, J. & D'Arcy, C. (1978). Correlates of attitudinal social distance toward the mentally ill: a review and re-survey. *Social Psychiatry*, 13, 69-77.
- Bröer, F. & Elgeti, H. (1982). Die Bedeutung des Hausarztes bei der ambulanten Betreuung psychiatrischer Patienten. *Medizin, Mensch, Gesellschaft* 7, 106-115.
- Camp, D.L., Finlay, W.M.L. & Lyons, E. (2002). Is low self-esteem an inevitable consequence of stigma? An example of women with chronic mental health problems. *Social Science and Medicine* 55, 823-834.
- Chaiken, S. (1980). Heuristic versus systematic information processing and the use of source versus message cues in persuasion. *Journal of Personality and Social Psychology* 30, 752-766.
- Corrigan, P.W. (2004). Don't call me nuts: an international perspective on the stigma of mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 109, 403-404.
- Cumming, E. & Cumming, J. (1957). *Closed ranks: an experiment in mental health education*. Cambridge: Harvard University Press.
- Davis, D. & Ostrom, T.M. (1984). Attitude measurement. In R. J. Corsini (Ed.) *Wiley Encyclopedia of Psychology*. London: Wiley
- Deger-Erlenmaier, H. (1999). *Stigmatisierung im Alltag der betroffenen Familien* [On-line]. Available: <http://www.lichtblick99.de/anthue3.html>
- Diekmann, A. (1999). *Empirische Sozialforschung*. Reinbek: Rowohlt Verlag.
- Dressing, H. & Salize, H.J. (2004). Nehmen Zwangsunterbringungen psychisch Kranker in

- den Ländern der Europäischen Union zu? *Gesundheitswesen* 66, 240-245.
- Eckes, T. & Six, B. (1994). Fakten und Fiktionen in der Einstellungs-Verhaltens-Forschung: Eine Meta-Analyse. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 25, 253-271.
- Enquete über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland: *Zwischenbericht der Sachverständigenkommission, Bundesdrucksache 7/1124 vom 19.10.1973*.
- Falcato, L. & Rössler, W. (1999). *Einstellungen zu psychischer Krankheit, psychisch kranken Menschen, psychiatrischen Behandlungen und psychiatrischen Einrichtungen in der Schweiz*. Nationalfondsprojekt 32-52 571.97 der Sozialpsychiatrischen Forschungsgruppe der psychiatrischen Universitätsklinik Zürich.
- Farner, D. (2000). *Einstellungen zu Psychopharmaka*. Unveröff. Lizentiatsarbeit, Universität Zürich, Psychopathologie des Erwachsenenalters.
- Finzen, A. (1975). Psychiatrische Dienste und die Beeinflussung von Schlüsselpersonen in der Gemeinde. In K. Kisker et al. (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis* Bd.III (S.297-325). Berlin: Springer Verlag.
- Finzen, A. (2001a). *Psychose und Stigma*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Finzen, A. (2001b). *Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Finzen, A., Haug, H.J., Beck, A. & Lüthy, D. (1993). *Hilfe wider Willen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Fischer A, Lippert E, Zoll R. (1983). Anomie. In: *Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen, Informationszentrum Sozialwissenschaften. ZUMA-Handbuch Sozialwissenschaftlicher Skalen*. Bonn: Informationszentrum Sozialwissenschaften.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research*. Reading, Mass.: Addison Wesley.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1981). Acceptance, yielding and impact: cognitive processes in persuasion. In: R.E. Petty, T.M. Ostrom & T.C. Brocks (eds.), *Cognitive Response in Persuasion*. Hillsdale: Berbaum.
- Fishbein, M. (1979). Einstellung und die Vorhersage des Verhaltens. In: S.E. v. Hormuth (Hrsg). *Sozialpsychologie der Einstellungsänderung* (S. 148-173). Königstein: Verlagsgruppe Athenäum.
- Freeman, H. E. & Kassebaum, G.G. (1960). Relationship of education and knowledge to opinions about mental illness. *Mental Hygiene*, 53, 218-222.
- Fricke, R. (2000). (Ent-) Stigmatisierung psychisch kranker Menschen in der Öffentlichkeit: Aus dem Alltag der Psychiatrie-Erfahrenen. *Soziale Psychiatrie* 4, 13-15.
- Gleiss, I. Seidel, R. & Abholz, H. (1973). *Soziale Psychiatrie. Zur Ungleichheit in der psychiatrischen Versorgung*. Frankfurt: Fischer.

- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Grausgruber, A. (1989). Zur Einstellung gegenüber verschiedenen Typen psychisch Kranker. In A. Grausgruber, G. Hofmann, W. Schöny, & K. Zapotczky (Hrsg.), *Einstellung zu psychisch Kranken und zur psychosozialen Versorgung* (S. 48-84). Stuttgart: Thieme.
- Grausgruber, A., Hofmann, G., Schöny, W. & Zapotczky, K. (1989). *Einstellung zu psychisch Kranken und zur psychosozialen Versorgung*. Stuttgart: Thieme.
- Herkner, W. (1991). *Lehrbuch Sozialpsychologie*. Bern: Huber.
- Hillert, A., Sandmann, J., Angermeyer, M. C. & Däumer, R. (1994). Die Einstellung von Medizinstudenten zur Behandlung mit Psychopharmaka. Teil 2: Der Wandel der Einstellung im Verlauf des Studiums. *Psychiatrische Praxis* 21, 64-69.
- Hoffmann-Richter, U. (2003). Die Stigmatisierung psychisch Kranker ist Teil unserer Kultur. *Psychiatrische Praxis* 30, 353-354.
- Hofmann, G. (1989). Die Einstellung einzelner Berufsgruppen zum psychiatrischen Krankenhaus. In A. Grausgruber, G. Hofmann, W. Schöny, & K. Zapotczky (Hrsg.), *Einstellung zu psychisch Kranken und zur psychosozialen Versorgung* (S. 89-138). Stuttgart: Thieme.
- Holzinger, A., Beck, M., Munk, I., Weithaas, S. & Angermeyer, M.C. (2003). Das Stigma psychischer Krankheit aus der Sicht schizophrene und depressiv Erkrankter. *Psychiatrische Praxis* 30, 395-401.
- Jaekel, M. & Wieser, S. (1970). *Das Bild des Geisteskranken in der Öffentlichkeit*. Stuttgart: Thieme.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H. & Henderson, S. (1999). Attitudes towards people with a mental disorder: a survey of the Australian public and health professionals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 33, 77-83.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B. & Pollitt, P. (1997). Mental health literacy: A survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166, 182-186.
- Jungbauer, J., Wittmund, B. & Angermeyer, M.C. (2002). Der behandelnde Arzt aus Sicht der Angehörigen: Bewältigungsressource oder zusätzliche Belastung. *Psychiatrische Praxis* 29, 279-284.
- Kissling, W. (2000). Die Stigmatisierung psychisch Kranker. Unser Problem? *Psychiatrische Praxis* 27, 313-315.
- Kuckartz, U. (1998). *Umweltbewußtsein und Umweltverhalten*. Berlin: Springer.
- Kurihara, T., Kato, M., Sakamoto, S., Reverger, R. & Kitamura, T. (2000). Public attitudes towards the mentally ill: A cross-cultural study between Bali and Tokyo. *Psychiatry and*

Clinical Neurosciences 54, 547-552.

- Lamnek, S. & Trettner, F. (1991). Psychisch Kranke im Meinungsbild der Münchner. *Krankenhauspsychiatrie*, 2, 1-5.
- Lang, R. & Haunert, F. (1995) *Handbuch Sozial-Sponsoring: Grundlagen, Praxisbeispiele, Handlungsempfehlungen*. Basel: Springer
- Lauber, C., Falcato, L. & Rössler, W. (2000a). Attitudes to compulsory admission in psychiatry. *The Lancet*, 355, 2080.
- Lauber, C., Nordt, C., Falcato, L. & Rössler, W. (2002). Public attitude to compulsory admission of mentally ill people. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 385 - 389.
- Lauber, C., Nordt, C., Sartorius, N., Falcato, L. & Rössler W. (2000b). Public acceptance of restrictions on mentally ill people. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102 (Suppl. 407), 26-32.
- Lauber, Ch., Anthony, M., Ajdacic-Gross, V. & Rössler, W. (2004b). What about psychiatrists' attitude to mentally ill people? *European Psychiatry* 19, 423-427.
- Lauber, Ch., Nordt, C., Falcato, L. & Rössler, W. (2004a). Factors Influencing Social Distance Toward People with Mental Illnesses. *Community Mental Health Journal* 40, 265-274.
- Lauber, Ch., Schmid Diebold, H. & Rössler, W. (2001). Die Einstellungen von Angehörigen psychisch Kranker zu psychiatrischer Forschung, insbesondere zur Früherfassung von schizophrenen Psychosen. *Psychiatrische Praxis* 28, 144-146.
- Laux, G. (2002). Psychische Störungen und Fahrtüchtigkeit. *Nervenarzt* 73, 231-238.
- Lehmann, P. (2004). *Strategiepapier Psychische Gesundheit* [On-line]. Available: <http://bagfiles.psszone.com/files/AdobePDF/Pdf1579.pdf>
- Lehner, I. M. (1998). *Voraussetzungen für Öffentlichkeitsarbeit in sozialen Einrichtungen und Projekten*. Berlin: Öffentlichkeitsarbeit in sozialen Einrichtungen und Projekten (Eigenverlag).
- Link, B.G., Cullen, F.T., Struening, R., Shrout, P.E. & Dohrenwend, B.P. (1989). A modified labeling theory approach to mental disorders: an empirical assessment. *American Sociological Review*, 54, 400-423.
- Link, B.G., Struening, E.L., Rahav, M., Phelan, J.C. & Nuttbrock, I. (1997). On stigma and its consequences: Evidence from a longitudinal study of men with dual diagnosis of mental illness and substance abuse. *Journal of Health Social Behavior* 38, 177-190.
- Litzcke, S. M. (2003). *Polizeibeamte und psychisch Kranke*. Frankfurt: Verlag für Polizeiwissenschaft.
- Löffler, W., Kilian, R., Toumi, M. & Angermeyer, M.C. (2003). Schizophrenic Patient's Subjective Reasons for Compliance and Noncompliance with Neuroleptic Treatment. *Pharmakopsychiatrie* 36, 105-112.

- McGuire, W.J. (1985) Attitudes and attitude change. In: G. Lindzey and E. Aronson (eds), *Handbook of Social Psychology (vol2) 3rd edition*. New York: Random House.
- Meise, U. & Günther, V. (1995). Einstellungen von Ärzten zur Psychiatrie. *Neuropsychiatrie*, 9, 157-162.
- Meise, U., Hafner, F. & Hinterhuber, H. (1991). *Die Versorgung psychisch Kranker in Österreich*. Wien New York: Springer.
- Meise, U., Sulzenbacher, H. & Hinterhuber, H. (2001). Das Stigma der Schizophrenie: Versuche zu dessen Überwindung. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie* 69, Sonderheft 2, 75-80.
- Möller-Leimkühler A.M. (2004). Stigmatisierung psychisch Kranker aus der Perspektive sozialpsychologischer Stereotypenforschung. *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie* 72, 36-44.
- Myers, D. (1990). *Social Psychology*. New York: Teachers College Press
- Nordt, C., Falcato, L., Lauber, C. & Rössler, W. (2002). Die Bewertung von Depression und Schizophrenie als psychische Krankheit und deren Einfluss auf die Hilfeempfehlung. *Neuropsychiatrie*, 16, 103-107.
- Nüesch, N. (2002). *Stigmatisierungserleben und Stigma-Management. Eine empirische Untersuchung mit ehemaligen Klienten einer Tagesklinik*. Zürich: Edition SZH
- Nunnally, C. (1961). *Popular conceptions of mental health: their development and change*. New York: Rinehart and Winston.
- Pamperin, S. (1999). *Werbung für Verrückte? Öffentlichkeitsarbeit für psychosoziale Einrichtungen* [On-line]. Available: <http://www.pampe.de/diplom.pdf>
- Penn, D. L., Guyan, K., Daily, T., Spaulding, W. D., Garbin, P. & Sullivan, M. (1994). Dispelling the stigma of schizophrenia: What sort of information is the best? *Schizophrenia Bulletin*, 20 (3), 567-578.
- Petty, R.E. & Cacioppo, J.T. (1981). *Attitudes and Persuasion: classic and contemporary approaches*. Dubuque: Wm C. Brown
- Putten, T., May, P.R.A. & Marder, S.R. (1984). Response to antipsychotic medication: the doctor's and the consumer's view. *American Journal of Psychiatry* 141, 16-19.
- Rabkin, J. (1974). Public attitudes toward mental illness: a review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 9-33.
- Redlich, F.C. & Fredmann, D.X. (1974). *Theorie und Praxis der Psychiatrie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Rettenbacher, M.A., Burns, T., Kemmler G. & Fleischhacker W.W. (2004). Schizophrenia: Attitudes of Patients and Professional Carers Towards the Illness and Antipsychotic Medication. *Pharmacopsychiatry* 37, 103-109.

- Rosen, A. (2003). What developed countries can learn from developing countries in challenging psychiatric stigma. *Australasien Psychiatry* 11, 89-95.
- Rosenberg, M.J. & Hoveland, C. (1960). Cognitive, affective and behavioral components of attitudes. In C. Hoveland & M. Rosenberg (Eds.), *Attitude, organization and change: an analysis of consistency among attitude components* (pp. 1-14). New Haven: Yale University Press.
- Rosenberg, M.J. (1968). Hedonism, inauthenticity, and other goads toward expansion of a consistency theory. In: R.P. Abelson, E. Aronson, W.J. McGuire, T.M. Newcomb, M. J. Rosenberg & P. H. Tannenbaum (Eds.), *Theories of cognitive consistency: a sourcebook* (pp. 73-11). Chicago: Rand McNally.
- Rössler, W. & Salize, H.J. (1995). Gemeindenahe Versorgung braucht eine Gemeinde, die sich sorgt. Die Einstellung der Bevölkerung zur psychiatrischen Versorgung und zu psychisch Kranken. *Psychiatrische Praxis*, 22, 58 – 63.
- Rössler, W. (1998). Die öffentliche Einstellung zur gemeindepsychiatrischen Versorgung. *Nervenheilkunde*, 17, 80-83.
- Rössler, W. (1999, 24. Juni). Die Kranken werden dämonisiert. *Tagesanzeiger*.
- Ruhl, I. B. (2003). *Entstigmatisierung psychisch Kranker unter besonderer Berücksichtigung der Psychiatrie-Erfahrenen-Presse*. Dissertation an der Philosophischen Fakultät Münster.
- Schöny, W. (1989). Vorstellungen über psychische Erkrankungen. In A. Grausgruber, G. Hofmann, W. Schöny, & K. Zapotczy (Hrsg.), *Einstellung zu psychisch Kranken und zur psychosozialen Versorgung* (S. 48-84). Stuttgart: Thieme.
- Six, B. & Schäfer, B. (1985). *Einstellungsänderung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schöny, W. (1998). Schizophrenie – eine Erkrankung und ihre Behandlung im Bild der Öffentlichkeit. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 148, 284-288.
- Schuler, M. & Joye, D. (2000). Typologie der Gemeinden der Schweiz: 1980 – 2000 [On-line]. Available: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/regionale_und_internationale/01/blank/analysen_berichte.ContentPar.0004.DownloadFile.tmp/Typo_Comm_Text_de.pdf
- Solomon, P. & Davis, J.M. (1984). Community attitudes toward residential facilities for psychiatric patients. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 8, 38-41.
- Stahlberg, D. & Frey, D. (1992). Einstellungen I: Struktur, Messung und Funktionen. In W. Stroebe, M. Hewstone, J.-P. Codol & G.M. Stephenson (Hrsg.), *Sozialpsychologie: Eine Einführung* (2. Aufl., S. 144-170). Berlin: Springer.
- Stapf, K. H. (1982) Einstellungen und Verhaltensprognose. Kritische Erörterung einer aktuellen sozialwissenschaftlichen Thematik. In H. Stachowiak, T. Ellwein & K. H. Stapf (Hrsg.) *Bedürfnisse, Werte und Normen im Wandel*. Paderborn: Fink
- Star, S. (1955). *The public's ideas about mental illness*. Annual Meeting of the National

- Association for Mental Health Chicago: National Opinion Research Center.
- Ströbe, W. & Jonas, K. (1992). Einstellungen II. Strategien der Einstellungsänderung. In: W. Ströbe, M. Hewstone, J.-P. Codol & G.M. Stephenson (Hrsg.). *Sozialpsychologie. Eine Einführung* (S. 117-205). Berlin: Springer.
- Stuart, H. & Arboleda-Flórez, J. (2001). Community attitudes toward people with schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 245-252.
- Stuart, H. (2003). Stigma and the Daily News: Evaluation of a Newspaper Intervention. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 651-656.
- Taylor, S. M. & Dear, M. J. (1981). Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*, 7 (2), 225-240.
- Tröster, H. (1990). *Einstellungen und Verhalten gegenüber Behinderten*. Bern: Huber.
- Trute, B. & Loewen, A. (1978). Public attitude toward the mentally ill as a function of prior personal experience. *Social Psychiatry*, 13, 79-84.
- Uchtenhagen, A. (1982). Zwangseinweisungen in der Psychiatrie – Rechtliche und praktische Gegebenheiten – Schweiz. In H. Waller (Hrsg.) *Zwangseinweisung in der Psychiatrie* (S. 35 -46). Bern: Huber
- Vezzoli, R., Archiati, L., Buizza, C., Pasqualetti, P. & Ross, G. (2001). Attitude towards psychiatric patients: a pilot study in a northern Italian town. *European Psychiatry* 16, 451-458.
- Wahl, O. F. (1999). Mental health consumers experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin* 25, 467-478.
- Wicker, A. (1969). Einstellung zu psychisch Kranken und zur psychosozialen Versorgung. In S. Hormuth (Hrsg.), *Sozialpsychologie der Einstellungsänderung* (S. 191-227). Königstein: Verlagsgruppe Athenäum.
- Widmer, A. (1983). *Einstellungen zu psychischen Störungen und deren Behandlung*. Zürich: Zentralstelle der Studentenschaft.
- Wimmer, R.-P. (1996) *Einstellung internistisch und chirurgisch tätiger Ärzte gegenüber Psychiatern unter besonderer Berücksichtigung psychiatrischer Konsiliartätigkeit*. Inauguraldissertation, Universität Lübeck, Medizinische Fakultät.
- Wolff, G., Pathare, S., Craig, T. & Leff, J. (1996). Community attitudes to mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 168, 183-190.
- Young, L., Zonata, H. & Shepler, L. (1986). Medication noncompliance in schizophrenia: codification and update. *Bulletin of Academic Psychiatry Law* 14, 105-122.
- Zehentbauer, J. (1997). *Chemie für die Seele. Psyche, Psychopharmaka und alternative Heilmethoden*. München: Zenit
- Zintl-Wiegand, A. & Cooper, B. (1979). Psychische Erkrankungen in der Allgemeinpraxis:

- eine Untersuchung in Mannheim. *Nervenarzt* 50, 352-359.
- Zintl-Wiegand, A., Cooper, B. & Krumm, B. (1980). *Psychisch Kranke in der ärztlichen Allgemeinpraxis*. Weinheim: Beltz.
- Zogg, H. (2001). *Einstellung von Psychiatern der deutschen Schweiz zur psychiatrischen Behandlung und zu negativen Sanktionen bei psychisch Kranken*. Unveröff. Lizentiatsarbeit, Universität Zürich, Philosophische Fakultät I.
- Zogg, H., Lauber, Ch., Ajdacic-Gross, V. & Rössler, W. (2003). Einstellung von Experten und Laien gegenüber negativen Sanktionen bei psychisch Kranken. *Psychiatrische Praxis* 30, 379-383.
- ZUMA-Handbuch sozialwissenschaftlicher Skalen (1983), wissenschaftlich bearbeitet von J. Allmendiger, D. Krebs, P. Schmidt & B. Wegener. Bonn: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen und Informationszentrum Sozialwissenschaften.

Anhang

Anhang 1	Fragebogen
Anhang 2	Tabelle rel. Häufigkeiten Gemeindepsychiatrie
Anhang 3	Tabelle rel. Häufigkeiten Akzeptanz von Psychopharmaka
Anhang 4	Vergleich Akzeptanz von Nebenwirkungen (Mann-Withney)
Anhang 5	Vergleich rel. Häufigkeiten soziale Distanz
Anhang 6	Einteilung der Gemeinden in die Gemeindetypologie

Anhang 1

Fragebogen

1. Alter

Jahre

2. Tätigkeit

Waren Sie als Arzt in der Psychiatrie tätig?

Ja Nein

2. a) Dauer

Wie lange?

Monate

3. Patientenzahl

Wie viele Patienten behandeln Sie durchschnittlich pro Stunde in ihrer Praxis?

Antworten:

weniger als 5

mehr als 5

4. Gemeindepsychiatrie

Sagen Sie mir bitte jeweils, wie stark Ihrer Meinung nach die folgenden Aussagen zutreffen.

1 stimmt nicht 2 stimmt wenig 3 stimmt mittelmässig 4 stimmt ziemlich 5 stimmt sehr

Itemliste Gemeindepsychiatrie

- | | |
|---|---------|
| 1) Die Anwohner haben nichts zu befürchten vor Leuten, wo in ihrem Quartier in eine Werkstatt für psychisch Kranke zur Arbeit gehen | EINGEP1 |
| 2) Die Vorstellung, dass psychisch Kranke in meiner Nachbarschaft wohnen, finde ich beängstigend | EINGEP2 |
| 3) Als Anwohner gibt es gute Gründe, sich gegen die Eröffnung von einem Heim für psychisch Kranke in der Nachbarschaft zu wehren | EINGEP3 |
| 4) Einrichtungen für psychisch Kranke sollten ausserhalb von den Wohngebiete sein | EINGEP4 |
| 5) Wenn in einer Gemeinde der Bedarf nach einer Einrichtung für psychisch Kranke besteht, sollten die Anwohner das akzeptieren | EINGEP5 |
| 6) Einrichtungen für psychisch Kranke sind eine Gefährdung für die Nachbarschaft | EINGEP6 |
| 7) Die Attraktivität von einer Wohngegend sinkt, wenn es dort Einrichtungen für psychisch Kranke gibt | EINGEP7 |

5. Psychopharmaka

Ich mache Ihnen jetzt einige Aussagen über Medikamente zur Behandlung von psychischen Krankheiten. Bitte sagen Sie mir anhand von der Skala, wie Sie diese Aussagen beurteilen?

1 stimmt nicht 2 stimmt wenig 3 stimmt mittelmässig 4 stimmt ziemlich 5 stimmt sehr

Item-Liste Psychopharmaka

- 1) Medikamente, wie sie in der Psychiatrie gebraucht werden, sind die wirksamsten Mittel zur Behandlung psychischer Krankheiten (+) EIPH081
- 2) Bei Medikamenten, wie sie in der Psychiatrie gebraucht werden, ist die Gefahr gross, dass man davon süchtig wird (-) EIPH082
- 3) Der Nutzen der Behandlung mit solchen Medikamenten ist viel grösser als die damit verbundenen Risiken (+) EIPH083
- 4) Mit Medikamenten, wie sie in der Psychiatrie gebraucht werden, kann man Patienten nur ruhig stellen (-) EIPH084
- 5) Solche Medikamente machen einem am Ende noch kränker, als man ohnehin schon ist (-) EIPH085
- 6) Oft sind Psychisch Kranke für ihre Angehörigen nur dank solchen Medikamenten erträglich (+, neu) EIPH086
- 7) Seit es diese Medikamente gibt, können die Patienten eine psychiatrische Klinik oft viel früher wieder verlassen (+ neu)

6. Akzeptanz negativer Sanktionen

6a) Zwangseinweisung

Es wird immer wieder diskutiert, ob ein psychisch erkrankter Mensch auch gegen seinen Willen in eine Klinik eingewiesen und wenn nötig dort behalten werden sollte.

Sind Sie der Meinung, dass jemand *unter Umständen auch gegen seinen Willen* in eine psychiatrische Klinik eingewiesen und wenn nötig dort behalten werden sollte, oder denken Sie, dass jemand *auf keinen Fall gegen seinen Willen* eingewiesen werden sollte?

1 unter Umständen ja 2 nein, auf keinen Fall 98 weiss nicht/kann ich nicht sagen SAZW2A

6b) Abtreibung bei Schwangerschaft

Was meinen Sie, sollte eine Frau, die ernsthaft psychisch krank gewesen ist, bei einer Schwangerschaft eine Abtreibung durchführen lassen?

1 ja 2 nein 98 kann ich nicht sagen/weiss nicht

SAAB2B

6c) Aberkennung des Stimmrechts

Finden Sie es in Ordnung, das jemand der ernsthaft psychisch krank gewesen ist, an Abstimmungen und Wahlen stimmberechtigt ist?

1 ja, finde in Ordnung 2 nein, finde nicht in Ordnung 98 kann ich nicht sagen/weiss nicht

SAST2C

6d) Fahrausweisentzug

Was finden Sie, sollte jemand der ernsthaft psychisch krank ist, seinen Fahrausweis abgeben müssen?

1 ja 2 nein 98 kann ich nicht sagen/weiss nicht

SAFA2F

Bevor wir mit dem Interview weitermachen, möchte ich Ihnen nun kurz einen konkreten Fall schildern, auf den sich die nachfolgenden Fragen beziehen.

Fallvignette

Stellen Sie sich bitte vor, Sie erfahren über jemand, wo Sie seit einigen Jahren gelegentlich etwas in der Freizeit unternehmen, folgendes:

Seit gut einem halben Jahr wirkt Ihr Bekannter, nennen wir in einmal Beat Z., verändert. Er hat sich immer mehr von seinen Arbeitskollegen und Freunden zurückgezogen. Er ist allen regelrecht aus dem Weg gegangen. Ist man doch einmal mit ihm ins Gespräch gekommen, so hat es nur noch ein Thema gegeben: Die Frage, ob gewisse Menschen die Gabe hätten, die Gedanken von anderen zu lesen. Er beschäftigt sich mit nichts anderem mehr. Im Unterschied zu früher kümmert er sich nicht mehr um sein Äusseres und wirkte zunehmend ungepflegt. Bei der Arbeit macht er einen zerstreuten Eindruck, macht häufig Fehler. Er hat darum schon zu seinem Chef müssen.

Schliesslich ist Ihr Bekannter eine ganze Woche lang unentschuldigt nicht zur Arbeit gegangen. Seit er dort wieder auftaucht ist, wirkt er ängstlich-gehetzt. Er erzählt, jetzt absolut sicher zu sein, dass Menschen die Gedanken von anderen nicht nur lesen können, sondern sie auch direkt beeinflussen. Er wisse nur nicht, wer seine Gedanken steuern täte. Auch werde er beim Denken ständig unterbrochen. Häufig sei es sogar so, dass er diese Leute auf sich einreden höre, und sie ihm Anweisungen geben. Manchmal täten diese Leute auch miteinander reden und sich über ihn lustig machen. In seiner Wohnung sei es besonders schlimm. Er fühle sich dort richtig bedroht, habe fürchterliche Angst. Er habe darum seit einer Woche nicht mehr daheim übernachtet, sondern sich in Hotelzimmern versteckt und sich kaum mehr auf die Strasse getraut.

7. Akzeptanz von Nebenwirkungen

Angenommen der Beat Z. geht zum Psychiater und dieser verschreibt ihm ein Medikament, wo eine deutliche Besserung von seinem Zustand bewirkt. Was meinen Sie, welche Nebenwirkungen sollte der Beat Z. in Kauf nehmen, wenn er ohne das Medikament mit einem Rückfall rechnen muss? Und wenn ja, wie lange sollte er die Nebenwirkungen in Kauf nehmen?

Antworten:

- 1 nicht in Kauf nehmen, das Medikament sofort absetzen
- 2 2 bis 3 Wochen lang in Kauf nehmen
- 3 auch längerfristig in Kauf nehmen
- 98 weiss nicht/kann ich nicht sagen

Itemliste Nebenwirkungen

- | | |
|---|----------|
| 1) unangenehme Mundtrockenheit | AKNE151 |
| 2) starkes Schwitzen | AKNE152 |
| 3) andauernde Müdigkeit | AKNE153 |
| 4) häufige Sexualstörungen (z.B. Impotenz) | AKNE154 |
| 5) andauernde innere Unruhe | AKNE155 |
| 6) starke Gewichtszunahme | AKNE156 |
| 7) auffallende Bewegungsstörungen (schleppender Gang) | AKNE157 |
| 8) andauernde Lustlosigkeit | AKNE158 |
| 9) Gefahr von Medikamentenabhängigkeit | AKNE159 |
| 10) starkes Zittern | AKNE1510 |

8. Soziale Distanz zum beschriebenen Fall

Antworten:

1 keinesfalls 2 wahrscheinlich nicht 3 vielleicht 4 ziemlich wahrscheinlich 5 ganz sicher

Itemliste Soziale Distanz

- | | |
|---|---------|
| 1) Würden Sie jemanden wie der Beat Z. als Arbeitskollegen akzeptieren? | SODI131 |
| 2) Währe Ihnen jemand wie der Beat Z. als Nachbar recht? | SODI132 |
| 3) Würden Sie eine Freundin von Ihnen mit jemandem wie der Beat Z. bekannt machen? | SODI133 |
| 4) Wenn einer Ihrer Bekannten eine Arbeitsstelle zu besetzen hätte, würden Sie ihm dann jemanden wie Beat Z. empfehlen? | SODI134 |
| 5) Wenn Sie ein Zimmer zu vermieten hätten, würden Sie jemanden mit psychischen Problemen wie Beat Z. als Untermieter nehmen? | SODI135 |
| 6) Wären Sie damit einverstanden, dass jemand wie Beat Z in Ihre Familie einheiratet? | SODI136 |
| 7) Würden Sie so jemandem Ihre Kinder für einige Stunden zur Aufsicht anvertrauen? | SODI137 |

9. Beurteilung von Geheimhaltung/Tabuisierung

Wem finden Sie, sollte Beat Z von seinen psychischen Problemen erzählen und wem nicht?

Antworten 1 erzählen 2 nicht erzählen 3 vielleicht/kommt darauf an

Itemliste Geheimhaltung

- | | |
|--|---------|
| 1) lockeren Bekannten | GETA161 |
| 2) Nachbarn, mit denen er regelmässig Kontakt hat | GETA162 |
| 3) nahen Familienangehörigen | GETA163 |
| 4) guten Freunden | GETA164 |
| 5) dem Wohnungsvermieter | GETA165 |
| 6) Arbeitskollegen/innen | GETA166 |
| 7) Vorgesetzten | GETA167 |
| 8) dem Personalchef bei einem Vorstellungsgespräch | GETA168 |

10. Anomie

Ich lese Ihnen jetzt ein paar Aussagen vor. Bitte sagen Sie mir jeweils, ob Sie einverstanden oder nicht einverstanden sind.

Antworten: 1 ja, einverstanden

2 nein, nicht einverstanden

Itemliste Anomie

- 1) Wenn man an die Zukunft denkt kann man eigentlich sehr zuversichtlich sein AN211
- 2) Alles ist heute so unsicher und wechselt so schnell, dass man häufig nicht mehr weiss, nach was man sich richten soll AN212
- 3) Das Schlimmste an der heutigen Zeit ist, dass den Leuten die alten Traditionen und Gewohnheiten gar nichts mehr bedeuten AN213
- 4) Früher sind die Leute besser dran gewesen, weil jeder gewusst hat, was er zu tun hat. AN214
- 5) Wenn man die Ereignisse von den letzten Jahren betrachtet wird man richtig unsicher. AN215
- 6) Wenn man Heute eine Lehre macht, weiss man gar nicht, ob einem das für die Zukunft noch viel nützen wird AN217
- 7) Den meisten Menschen fehlt ein richtiger Halt. AN218
- 8) Heute ist jeder so mit sich selbst beschäftigt, dass er nicht an morgen denken kann. AN219

11. Persönliche Erfahrung, Kontakte mit psychisch Kranken und der Psychiatrie

Ich möchte Sie jetzt fragen, inwieweit Sie selbst persönliche Erfahrungen oder Kontakte mit psychisch Kranken und der Psychiatrie haben.

Antworten: 1 ja

2 nein

98 weiss nicht/kann ich nicht sagen

11a) Bekanntschaft aus Freundeskreis

Kennen Sie jemanden aus ihrem Freundes- und Bekanntenkreis der wegen psychischer Probleme in Behandlung ist oder schon gewesen ist?

PEER17C

11b) Bekanntschaft aus Familie

Ist jemand aus ihrer Familie bei einem Psychologen oder Psychotherapeuten, einem Psychiater, oder in einer psychiatrischen Klinik in Behandlung oder ist das schon einmal gewesen?

PEER17D

12 Einschätzung Öffentlichkeit

1 stimme stark zu 2 stimme eher zu 3 lehne eher ab 4 lehne ganz ab

Itemliste Einschätzung Öffentlichkeit

- 1) Den psychisch Kranken wird in unserer Gesellschaft viel zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt.
- 2) Es wird viel zu wenig getan, um psychischen Störungen vorzubeugen.
- 3) Die Allgemeinheit ist viel zu wenig aufgeklärt, um psychische Störungen rechtzeitig zu erkennen.

13 Interesse an Weiterbildung

Welche Thematik aus dem Themenbereich der Psychiatrie würde Sie im Rahmen einer Weiterbildung interessieren?

14 Verbesserungsvorschläge

Untersuchungen zeigen, dass viele Leute negativ eingestellt sind chronisch psychisch Kranken und der Psychiatrie gegenüber. Haben Sie spontan eine Idee oder Empfehlung, was in diesem Bereich verbessert werden könnte?

Ich danke Ihnen herzlich für Ihre Mitarbeit

Anhang 2

Tabelle: Vergleich Allgemeinpraktiker (AP) und Gesamtbevölkerung (GB) der relativen Häufigkeiten der Items „Gemeindepsychiatrie“

	Stimmt nicht %		Stimmt wenig %		Stimmt mittel %		Stimmt ziemlich %		Stimmt sehr %	
	AP	GB	AP	GB	AP	GB	AP	GB	AB	GB
Die Anwohner haben nichts zu befürchten vor Leuten, die in ihrem Quartier in eine Werkstatt für psychisch Kranke zur Arbeit gehen.	0	8	1	9	5	16	17	28.8	77	38.2
Die Vorstellung, dass psychisch Kranke in meiner Nachbarschaft wohnen, finde ich beängstigend.	86	56.9	8	23.3	4	13.6	2	4.3	0	1.9
Als Anwohner gibt es gute Gründe, sich gegen die Eröffnung von einem Heim für psychisch Kranke in der Nachbarschaft zu wehren.	80	48.3	15	27.4	3	15.6	2	6.8	0	1.9
Einrichtungen für psychisch Kranke sollten ausserhalb von den Wohngebieten sein.	93	56.9	4	19.2	1	12.3	2	8.5	0	3
Wenn in einer Gemeinde der Bedarf nach einer Einrichtung für psychisch Kranke besteht, sollten die Anwohner das akzeptieren.	0	1.5	2	3.2	5	14.6	14	32.8	79	47.9
Einrichtungen für psychisch Kranke sind eine Gefährdung für die Nachbarschaft.	85	63	13	23.7	1	9.9	1	2.7	0	0.8
Die Attraktivität einer Wohngegend sinkt, wenn es dort Einrichtungen für psychisch Kranke gibt..	61	37.9	18	20.3	12	20.5	8	17	1	4.3

$N_{AP} = 100$ $N_{GB} = 791$

Anhang 3

Tabelle: Vergleich Allgemeinpraktiker (AP) und Gesamtbevölkerung (GB) der relativen Häufigkeiten der Items „Einstellung zu Psychopharmaka“

	Stimmt nicht %		Stimmt wenig %		Stimmt mittel %		Stimmt ziemlich %		Stimmt sehr %	
	AP	GB	AP	GB	AP	GB	AP	GB	AB	GB
Medikamente, wie sie in der Psychiatrie gebraucht werden, sind die wirksamsten Mittel zur Behandlung psychisch Kranker	7.1	9	4	17.7	33.3	37.1	29.3	26.5	26.3	9.7
Bei Medikamenten, wie sie in der Psychiatrie gebraucht werden, ist die Gefahr gross, dass man davon süchtig wird	45	3.7	35	14	12	27.8	3	33.6	5	20.9
Der Nutzen der Behandlung mit solchen Medikamenten ist viel grösser als die damit verbundenen Risiken	1	2.9	0	12	13	40.1	36	32.9	50	12.1
Mit Medikamenten, wie sie in der Psychiatrie gebraucht werden, kann man Patienten nur ruhig stellen.	68.7	15.2	19.2	20	6.1	28.2	5.1	24.8	1	11.7
Solche Medikamente machen einem am Ende noch kränker, als man ohnehin schon ist	69	15	23	29.7	7	29.2	0	17.2	1	8.8
Oft sind psychisch Kranke für ihre Angehörigen nur dank solcher Medikamente erträglich	3	2.4	1	9	17.2	29.3	40.4	42.8	38.4	16.5
Seit es diese Medikamente gibt, können die Patienten eine psychiatrische Klinik oft viel früher wieder verlassen.	0	2.6	0	9.9	0	22.7	24.2	45.6	75.8	19.2

Anhang 4

Tabelle: Resultate des Vergleichs Allgemeinpraktiker/Gesamtbevölkerung bezüglich der Akzeptanz von Nebenwirkungen (Mann-Withney Test)

Item	Gruppe	N	
Unangenehme Mundtrockenheit	Allgemeinprakt. Gesamtbev.	99 394	***
Starkes Schwitzen	Allgemeinprakt. Gesamtbev.	99 395	***
Andauernde Müdigkeit	Allgemeinprakt. Gesamtbev.	99 394	***
Sexualstörungen	Allgemeinprakt. Gesamtbev.	97 388	***
Andauernde innere Unruhe	Allgemeinprakt. Gesamtbev.	99 391	n.s.
Starke Gewichtszunahme	Allgemeinprakt. Gesamtbev.	97 395	***
Auffallende Bewegungsstörungen	Allgemeinprakt. Gesamtbev.	99 393	*
Andauernde Lustlosigkeit	Allgemeinprakt. Gesamtbev.	98 392	*
Gefahr der Medikamenten-abhängigkeit	Allgemeinprakt. Gesamtbev.	88 388	***
Starkes Zittern	Allgemeinprakt. Gesamtbev.	98 394	***
Skalenwert „Akzeptanz von Nebenwirkungen“	Allgemeinprakt. Gesamtbev.	85 376	***

*** = $p < 0.001$ * = $p < 0.05$

Anhang 5

Tabelle 7: Vergleich Allgemeinpraktiker (AP) und Gesamtbevölkerung (GB) der relativen Häufigkeiten Items „soziale Distanz“

	Keinesfalls %		Wahrscheinlich nicht %		Vielleicht %		Ziemlich wahrscheinl. %		Ganz sicher %	
Akzeptiert als:	AP	GB	AP	GB	AP	GB	AP	GB	AP	GB
Arbeitskollege	2	1.5	5	6.1	10	22	24	42.3	59	28.1
Nachbar	0	.5	1	9.1	2	31	18	34.5	79	24.9
Bekannte	3	7.3	3	22	7	28.4	15	23.5	72	18.7
Empfehlung Arbeitsstelle	4	8.6	13	25.2	30	35.8	23	22.9	30	7.6
Untermieter	4	12.3	11	26.9	27	36.2	26	18.6	32	6
Heirat	6.7	12.6	24.7	27.6	33.7	37.1	14.6	15.5	20.2	7.1
Kinder anvertrauen	13.1	28.6	17.2	35.4	24.2	23.9	16.2	10.3	29.3	1.8

Anhang 6

BFS-GEMEINDE-TYOLOGIE					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	01 Grosszentren	14	14.0	14.0	14.0
	02 Mittelzentren	14	14.0	14.0	28.0
	03 Kleinzentren	10	10.0	10.0	38.0
	04 Peripheriezentren	6	6.0	6.0	44.0
	05 Reiche Gemeinden	5	5.0	5.0	49.0
	06 Touristische Gem.	2	2.0	2.0	51.0
	07 Semitour. Gem.	2	2.0	2.0	53.0
	08 Heim- und Anst.G.	1	1.0	1.0	54.0
	09 Arbeitspl.gross.R	4	4.0	4.0	58.0
	10 Sub.Wohng.gross.R	6	6.0	6.0	64.0
	11 Periur.G.grossz.R	1	1.0	1.0	65.0
	12 Arb.nichtgr.Reg.	6	6.0	6.0	71.0
	13 Sub.WG nich.g.Reg	1	1.0	1.0	72.0
	14 Peri.G nich.g.Reg	5	5.0	5.0	77.0
	15 Zuzügerg.m.Wegpn.	4	4.0	4.0	81.0
	16 Einheim.m/h.Wegp.	4	4.0	4.0	85.0
	17 ind.-ter. Erw.Bv.	4	4.0	4.0	89.0
	18 industr. Erw.Bev.	3	3.0	3.0	92.0
	19 agr.-ind. Erw.Bv.	4	4.0	4.0	96.0
	20 agr.-ter. Erw.Bv.	2	2.0	2.0	98.0
	22 stark.Bev.-rückg.	2	2.0	2.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Gemeindetypen 9-Stufig					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Zentren	38	38.0	38.0	38.0
	Suburbane Gemeinden	17	17.0	17.0	55.0
	Reiche Gemeinden	5	5.0	5.0	60.0
	Periurbane Gemeinden	6	6.0	6.0	66.0
	Touristische Gemeinden	4	4.0	4.0	70.0
	Industriell-tertiäre Gemeinden	14	14.0	14.0	84.0
	Ländliche Pendlergem.	8	8.0	8.0	92.0
	Agrarisch-gemischte Gem.	6	6.0	6.0	98.0
	Agrarisch-periphere Gem.	2	2.0	2.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	

Lebenslauf

Name	Josef Helbling
Adresse	Püntenstr. 18 8143 Stallikon
Geburtsdatum	30. Januar 1955

Ausbildungsgang

Maturität

1975	Primarlehrerpatent des Kantons St. Gallen
------	---

Psychologische Ausbildung

1978-1986	Studium der Psychologie und der Psychopathologie an der Universität Zürich. Lizentiatsarbeit an der Abteilung für klinische Psychologie bei Prof. Dr. Ulrich Moser
-----------	--

Psychotherapeutische Ausbildung

1981-1984	Theoretische therapeutische Ausbildung im Rahmen des Studiums der Psychopathologie an der Universität Zürich (Prof. Dr. Christian Scharfetter). Klinische Psychologie bei Frau Prof. I. Strauch und Herr Prof. U. Moser)
-----------	--

1987-1995	Seminare am Institut für prozessorientierte Psychologie im Rahmen der Ausbildung zum Prozessorientierten Psychologen.
-----------	---

Selbständige Tätigkeit

1993- Therapeut in eigener Praxis

Supervisionen von Teams Gruppen im sozialen Bereich und in der Industrie

Einzelbetreuung von Kindern mit Lernschwierigkeiten oder Verhaltensauffälligkeiten im schulischen Bereich Im Auftrag der Abt. Spezielle Pädagogik der Stadt Zürich

Lehrtätigkeit an verschiedenen Instituten (Neurosenlehre, Kommunikationspsychologie)

Mitgliedschaften

Mitglied der Forschungsgesellschaft für prozessorientierte Psychologie seit 1987

Ordentliches Mitglied im FSP seit Januar 1996

Ordentliches Mitglied ZüPP seit Januar 1996